

เลขที่.....



ที่ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบฟอร์มรับเงินค่ามัดจำ / ค้างชำระเงิน

แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้ป่วย..... ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน HN.....AN.....

สิทธิการรักษาพยาบาล.....โทร.....

ที่อยู่.....

มีความยินดีจ่ายเงินค่ามัดจำ

ค่าผ่าตัดกระเพาะอาหารรักษาโรคอ้วนเกินสิทธิ์ เป็นเงินจำนวน.....10,000.....บาท
(.....หนึ่งหมื่นบาท.....)

ค่าเครื่องป้องกันเส้นเลือดขอดขณะผ่าตัด เป็นเงินจำนวน.....2,500.....บาท
(.....สองพันห้าร้อยบาท.....)

ค่าอุปกรณ์ส่องกล้องผ่าตัด..... เป็นเงินจำนวน.....บาท
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน(ญาติผู้ป่วย)

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน(เจ้าหน้าที่ของ รพ.)

(.....)

...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน

รับเงินค่ามัดจำเป็นจำนวนเงิน..... บาท

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่/...../.....

รับเงินค้างชำระเป็นจำนวนเงิน..... บาท

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่/...../.....

การคืนเงินค่ามัดจำ

ข้าพเจ้า.....

ได้รับเงินค่ามัดจำคืน จำนวน.....บาท (.....) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงินค่ามัดจำคืน

(.....)

วันที่/...../.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงินค่ามัดจำคืน

(.....)

วันที่/...../.....

***หมายเหตุ : โปรดนำเอกสารฉบับนี้มารับเงินค่ามัดจำคืนที่ห้องการเงิน โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในวันเวลาราชการตามที่กำหนด