

แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลศรีสะเกษ
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.2563

แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป...โรงพยาบาลศรีสะเกษ

วัน/เดือน/ปี: ...31 มีนาคม 2563

หัวข้อ : ใบแสดงความจำนงบริจาคเงิน พัสดุ-ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

1. ใบแสดงความจำนงบริจาคเงิน พัสดุ-ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Link/ภายนอก:-

หมายเหตุ. : เพื่อให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ เรื่อง การกำหนดข้อมูลข่าวสารตามเกณฑ์มาตรฐานความโปร่งใสและตัวชี้วัดความโปร่งใสของหน่วยงานของรัฐเป็นข้อมูลข่าวสารที่ต้องจัดให้ประชาชนตรวจสอบได้ตามมาตรา 9 วรรคหนึ่ง (8) แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540 ข้อ.1 (5) บัญญัติว่าสรุปผลการจัดหาพัสดุในรอบแต่ละเดือน ตามมาตรา.9(8)

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

(นางสาวอารยา คำธม)

ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ
วันที่...31..เดือน...มีนาคม..พ.ศ....2563....

ผู้อนุมัติรับรอง

(นายสุทนต์ ทังศิริ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ
วันที่...31..เดือน..มีนาคม..พ.ศ....2563.....

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นายเอกพงศ์ ทิงาเครือ)

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์
วันที่...31..เดือน...มีนาคม...พ.ศ....2563.....



ใบแสดงความจำนงบริจาคเงิน พัสตุ-ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้บริจาค.....สกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์บริจาค ดังนี้

- บริจาคเงิน จำนวน.....บาท
- บริจาคครุภัณฑ์ทางการแพทย์.....มูลค่า.....บาท
- บริจาคที่ดิน/โฉนดที่ดิน.....แปลง/ไร่ มูลค่า.....บาท
- บริจาคอื่นๆ ระบุ.....มูลค่า.....บาท

เงินบริจาคครั้งนี้ท่านยินดีบริจาคเข้าบัญชี

- เข้าเงินบริจาคโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ออกใบเสร็จในนาม ส่วนตัว หน่วยงาน อื่นๆ ระบุ.....

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร ตามใบเสร็จ อื่นๆ ระบุ.....

เอกสารที่ใช้ในการออกใบอนุโมทนาบัตร

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- อื่นๆ ระบุ.....

หากท่านไม่สะดวกที่จะมาบริจาคได้ที่โรงพยาบาลกรุณาโอนเงินเข้าบัญชีดังต่อไปนี้

๑. บัญชีเงินบริจาคโรงพยาบาลศรีสะเกษ ธนาคารออมสิน สาขาศรีสะเกษ ประเภทออมทรัพย์
เลขที่ ๐๒๐๒๗๓๔๓๒๐๙๔ ชื่อบัญชี "โรงพยาบาลศรีสะเกษ" และกรุณาส่งสำเนาใบโอน ให้กับงานการเงิน
โรงพยาบาลศรีสะเกษ ทางหมายเลข โทรสาร ๐๕๕-๖๗๓๑๓๖

ลงชื่อ.....ผู้บริจาค ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....) (.....)
วันที่...../...../..... วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....