

ส่วนของผู้ชำระเงิน



แบบใบแจ้งการชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย Bill Payment

ใบแจ้งการชำระเงินค่า.....

ให้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

Company Code : 708155 วันที่ / Date.....

ชื่อ - นามสกุล

Ref : 1 เลขที่บัตรประชาชน

Ref : 2 เบอร์โทรศัพท์

<input type="radio"/> เงินสด (Cash) <input type="radio"/> เงินโอน (TR) <input type="radio"/> แคชเชียร์เช็ค (Cashier's check)	ธนาคาร (Bank)	ธนาคาร (Branch)
	จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount In letter)	จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount In digit)
บาท(Bath)		

ผู้นำฝาก..... เบอร์โทรศัพท์ เจ้าหน้าที่ธนาคารประทับตรา

✕ กรุณานำเอกสารนี้ ไปแจ้งชำระเงิน ที่ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ

ส่วนของธนาคาร



แบบใบแจ้งการชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย Bill Payment

ใบแจ้งการชำระเงินค่า.....

ให้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

Company Code : 708155 วันที่ / Date.....

ชื่อ - นามสกุล

Ref : 1 เลขที่บัตรประชาชน

Ref : 2 เบอร์โทรศัพท์

<input type="radio"/> เงินสด (Cash) <input type="radio"/> เงินโอน (TR) <input type="radio"/> แคชเชียร์เช็ค (Cashier's check)	ธนาคาร (Bank)	ธนาคาร (Branch)
	จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount In letter)	จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount In digit)
บาท(Bath)		

ผู้นำฝาก..... เบอร์โทรศัพท์ เจ้าหน้าที่ธนาคารประทับตรา

กรุณานำเอกสารนี้ ไปแจ้งชำระเงิน ที่ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ