

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๘2-00-1490  
วันที่ 25 มิ.ย. 2563

ข้าพเจ้า นางมาลี วงษาธรรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3410102169731  
ที่อยู่ 527/188 ม.5 ต.หมากแก้ว อ.เสิงสาง จ.อุดรธานี  
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)  
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพฯ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน.....	.....
	ค่าเดินทาง <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด..... ถึง อำเภอ ..... จังหวัด..... ระยะทาง..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ .....	.....
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถประจำทาง จาก บ้านพัก ถึง สสอ.เสิงสาง (ไป-กลับ)	2๐๐
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....)
	ตัวอักษร (สองร้อยบาทถ้วน)	2๐๐

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....  
(นางมาลี ๒๐ มิ.ย. ๖๓)

ผู้จ่ายเงิน .....  
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)