ศิริราชมูลนิธิ Siriraj Foundation
เลขที่ 2 ตึกมหิดลบำเพ็ญ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0-2414-1414 ต่อ 109, 123, 124, 131 โทรสาร 0-2419-7687, 0-2419-7658 ต่อ 9
E-Mail : accounting@sirirajfoundation.org
"เพื่อผู้ป่วยด้อยโอกาสโรงพยาบาลศิริราช"

สัญญายืมเงินทดรองจ่าย

เลขที่ : …………………… วันที่ยืม : ………..........………….. วันที่จ่าย : ………………….................…..

เรื่อง ขอยืมเงินทดรองจ่าย วันที่ครบกำหนด : ....

เรียน ....(ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายทุน)

ข้าพเจ้า(ผู้ยืม)...ตำแหน่ง.....................................สังกัด...

ภาควิชา/หน่วยงาน...ขอยืมเงินทดรองจ่ายเพื่อใช้...

จำนวนเงินที่ยืม................................บาท(...)ทุนที่ยืม...............................โดยโอนเงินเข้าบัญชี

ธนาคาร...เลขที่บัญชี...ชื่อบัญชี...

(ผู้ยืม) จ่ายให้แก่	จำนวนเงินที่ยืม
……………………….....…...........……….....	(จำนวนเงินที่เป็นตัวเลข)……………………………….............................
	(จำนวนเงินที่เป็นตัวอักษร)………………..

ข้าพเจ้าและหรือผู้มีสิทธิในการเบิกจ่าย สัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยการยืมเงินทดรองจ่ายของศิริราชมูลนิธิ พ.ศ. 2548 และจะนำส่งหลักฐานใบสำคัญคู่จ่ายต้นฉบับพร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ให้แก่ศิริราชมูลนิธิภายใน 60 วัน นับแต่วันที่ได้รับเงินยืม

หากข้าพเจ้าและหรือผู้สิทธิเบิกจ่ายไม่นำส่งหลักฐานและหรือเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ภายในระยะเวลาที่กำหนดข้างต้น ข้าพเจ้าและหรือผู้มีสิทธิเบิกจ่ายยินยอมให้ศิริราชมูลนิธิติดต่อทางราชการหรือหน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้าและหรือผู้มีสิทธิเบิกจ่ายเพื่อให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญหรือเงินอื่นใดที่พึงได้รับจากทางราชการหรือหน่วยงาน ชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนทันที

ทั้งนี้ให้นำเงินเหลือจ่ายมาส่งใช้คืนที่ศิริราชมูลนิธิ โดยนำเงินเข้าบัญชี ศิริราชมูลนิธิ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาศิริราช บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 0163000494 พร้อมแนบสำเนาใบนำฝาก มาพร้อมบันทึกส่งคืนเงินยืมทดรองจ่าย

____

(...)

ผู้ยืม

…......./…......./..........

ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย 1 : ______________________________

(...)

ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย 2 : ______________________________

(...)

ความเห็นของคณบดีคณะแพทยศิริราชพยาบาล

( ) รับทราบ

____

(...)

คณบดี

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

( ) รับทราบ

เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ

โปรดดำเนินการ ______________________________

(...)

หัวหน้าภาควิชา / หัวหน้าหน่วยงาน

........../…......../...........

ตรวจสอบเอกสารถูกต้อง	ตรวจสอบเอกสารการลงบัญชีถูกต้อง	ขอรับรองการเบิกเงินถูกต้อง เสนอ เพื่อพิจารณาอนุมัติ
______________________	______________________	______________________
(...)	(นางสาวเสาวนิต ทองแป้น)	(นายสัณฐิติ เกียรติบูรณกุล)
เจ้าหน้าที่ฝ่ายบัญชี	หัวหน้าฝ่ายบัญชี	หัวหน้าสำนักงานศิริราชมูลนิธิ
----------/----------/---------	----------/----------/---------	----------/----------/--------

สมควรอนุมัติ	เสนอรองประธานกรรมการศิริราชมูลนิธิคนที่ 1 ผู้ทำการแทนองค์ประธานกรรมการ เพื่ออนุมัติ	อนุมัติ
______________________	______________________	______________________
(ผศ.นพ.ชัยวัฒน์ โมกขะเวส)	(ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.เหลือพร ปุณณกันต์)	(ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร)
กรรมการเหรัญญิก	กรรมการผู้จัดการ	รองประธานกรรมการศิริราชมูลนิธิคนที่ 1 ผู้ทำการแทนองค์ประธานกรรมการ
---------/----------/----------	---------/----------/----------	---------/---------/--------