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
...../…...../.....

ความเห็นของคณบดีคณะแพทยศิริราชพยาบาล
( ) รับทราบ

_____
(.....)
คณบดี
...../...../.....

ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย 1 : _____
(.....)
ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย 2 : _____
(.....)

( ) รับทราบ
เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
โปรดดำเนินการ _____
(.....)
หัวหน้าภาควิชา / หัวหน้าหน่วยงาน
...../...../.....

ตรวจสอบเอกสารถูกต้อง

_____
(.....)
เจ้าหน้าที่ฝ่ายบัญชี
...../...../.....

ตรวจสอบเอกสารการลงบัญชีถูกต้อง

_____
(นางสาวเสาวนิต ทองแป้น)
หัวหน้าฝ่ายบัญชี
...../...../.....

ขอรับรองการเบิกเงินถูกต้อง
เสนอ เพื่อพิจารณาอนุมัติ

_____
(นายสัณฐิติ เกียรติบูรณกุล)
หัวหน้าสำนักงานศิริราชมูลนิธิ
...../...../.....

สมควรอนุมัติ

_____
(ผศ.นพ.ชัยวัฒน์ โมกขะเวส)
กรรมการเหรัญญิก
...../...../.....

อนุมัติ

_____
(ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.เหลือพร ปุณณกันต์)
กรรมการผู้จัดการ
...../...../.....