

ใบแจ้งหนี้

ชื่อ ที่อยู่ หน่วยงานในสังกัด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

.....
.....



เรียน

ประเภท

ชื่อ ที่อยู่ ผู้ใช้บริการ		วันที่		
.....		อ้างอิง		
.....		กำหนดชำระเงินวัน		
.....		ครบกำหนด วันที่		
ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วยละ	จำนวนเงิน
๑				
			รวมเงินทั้งสิ้น	

การชำระเงิน

๑. ชำระผ่าน ธนาคารกรุงไทย ระบบ Bill Payment

๒. โอนผ่านระบบ GFMIS

๓. ชำระด้วยเงินสด ติดต่อกับ

สอบถามเพิ่มเติม โทร

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

ผู้อำนวยการ.....