



ใบแสดงความจำนงบริจาคดวงตา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... วัน/เดือน/ปี(เกิด)..... อายุ..... ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อาชีพ.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เคยได้รับการผ่าตัดหรือใช้เลเซอร์แก้ไขสายตา เคย ไม่เคย

ขอรุณจิตดวงตาของข้าพเจ้า หลังจากที่ข้าพเจ้าไม่มีชีวิตแล้วให้แก่สภากาชาดไทยเพื่อสภากาชาดไทย
จะได้ใช้ดวงตาของข้าพเจ้าให้เป็นประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์ผู้ต้องการใช้ดวงตาต่อไป

ลงนาม..... ผู้อุทิศ

ลงนาม..... ญาติผู้รับทราบ

ลงนาม..... ญาติผู้รับทราบ



บริการธุรกิจตอบรับ

ใบอนุญาตเลขที่ ปน.(ต) 710 ปท.รองเมือง
ถ้าฝากส่งในประเทศ ไม่ต้องพนักตราไปรษณียากร

ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

อาคารเทิดพระเกียรติสมเด็จพระญาณสังวร

(เจริญ สุวฑฺฒโน) ชั้น 7 ถนนอังรีดูนังต์ ปทุมวัน

กรุงเทพมหานคร 10330