

<input type="checkbox"/> คืบ คำร้องขอ <input type="checkbox"/> บริจาค เงินที่จัดเก็บตามกระบวนการพิจารณาอนุญาต	ยื่นผ่าน <input type="checkbox"/> สำนัก/กอง/กลุ่ม..... <input type="checkbox"/> OSSC <input type="checkbox"/> ฝ่ายการคลัง.....
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ	ลงวันที่.....
1. ข้อมูลผู้ทำรายการชำระ (ผู้ที่ใช้บัตรประชาชน/ผู้เข้าใช้ระบบ) ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) เลขบัตรประจำตัวประชาชน ที่อยู่ โทรศัพท์	
2. ข้อมูลผู้รับอนุญาต (ชื่อตามใบสั่งชำระ) ชื่อหน่วยงาน/บุคคล เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ที่อยู่ โทรศัพท์	
3. ข้อมูลใบสั่งชำระรหัส Ref 1: Ref 2: วันที่ชำระเงิน จำนวนเงินทั้งหมดที่ชำระ บาท จำนวนรหัสอ้างอิง รหัส รายการรหัสอ้างอิง	
4. มูลเหตุที่ขอคืนเงิน <input type="checkbox"/> ชำระไว้เกิน ผิด หรือซ้ำ <input type="checkbox"/> ชำระผิดบริษัท รายละเอียดของมูลเหตุที่ขอคืนเงิน โดยขอให้คืนเงินโดย <input type="checkbox"/> เช็คสั่งจ่ายธนาคารกรุงไทย <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีตามชื่อที่ระบุในข้อ 2 ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมธนาคาร ขอให้หักค่าธรรมเนียมจากเงินที่คืนผ่าน ธนาคารกรุงไทยชื่อบัญชี เลขที่บัญชี	
5. รายการและจำนวนเงินที่ขอ <input type="checkbox"/> คืบ <input type="checkbox"/> บริจาค <input type="checkbox"/> ทั้งจำนวน <input type="checkbox"/> บางรายการ (โปรดระบุรหัสอ้างอิงที่ต้องการขอคืนเงิน) รหัสอ้างอิงที่ 1: เงินที่ชำระไว้: บาท เงินที่ขอคืน: บาท รหัสอ้างอิงที่ 2: เงินที่ชำระไว้: บาท เงินที่ขอคืน: บาท รหัสอ้างอิงที่ 3: เงินที่ชำระไว้: บาท เงินที่ขอคืน: บาท หากไม่พอโปรดระบุเป็นเอกสารแนบท้าย	
เอกสารที่ยื่นประกอบ จำนวน รายการ (1) ใบสั่งชำระพร้อม Slip Pay In ของธนาคาร (2) สำเนาหน้าบัญชีธนาคารพร้อมรับรองสำเนา (3)..... (4)..... (5)..... (6)..... ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แสดงข้างต้นนี้เป็นความจริง ลงชื่อ.....ผู้ขอคืนเงิน (.....)	