



ใบแสดงความจำนงขอแสดงผลิตภัณฑ์ และสนับสนุนกิจกรรม
การประชุมวิชาการกลางปี สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 58
วันที่ 14-15 ตุลาคม 2564

Virtual Conference

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
บริษัท.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์..... แฟกซ์.....
มือถือ..... อี-เมลล์.....

ขอแสดงความจำนงในการจอง: (โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่ต้องการ)

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
1 <input type="checkbox"/>	Luncheon Symposium 200,000 บาท <input type="checkbox"/> Luncheon Symposium I: วันที่ 14 ตุลาคม 2564 <input type="checkbox"/> Luncheon Symposium II: วันที่ 14 ตุลาคม 2564 <input type="checkbox"/> Luncheon Symposium III: วันที่ 15 ตุลาคม 2564	
2 <input type="checkbox"/>	Dinner Symposium 200,000 บาท <input type="checkbox"/> Dinner Symposium I: วันที่ 14 ตุลาคม 2564	
3 <input type="checkbox"/>	Virtual Booth 14-17 ตุลาคม 2564 50,000 บาท (4 วัน ร่วมกับงาน APBMT 2021)	
รวมเป็นเงิน ()		

เงื่อนไขการชำระเงิน: โปรดชำระเงินภายในวันที่ 25 กันยายน 2564 โดยชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม
“สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” หรือ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาโรงพยาบาลรามารวม
ชื่อบัญชี “สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” เลขที่บัญชี 026-4-13189-7

ลงชื่อ วันที่

โปรดส่งใบแสดงความจำนงไปที่: สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 02 716-5977 แฟกซ์ 02 716-5978 อีเมล joi@tsh.or.th

สำหรับเจ้าหน้าที่	รับชำระเงิน: <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชี <input type="checkbox"/> เงินสด	วันที่รับชำระ:	ใบเสร็จเลขที่:
-------------------	--	----------------	----------------