



TSH-IS
BANGKOK 2019

ใบแสดงความจำนงขอออกบูธ และสนับสนุนกิจกรรม

- งานประชุมวิชาการประจำปี สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 54
วันที่ 1-2 พฤษภาคม 2562 ณ ห้องเวสต์บอลรูม โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ
- งานประชุมวิชาการนานาชาติ 7th TSH International Symposium (TSH-IS 2019)
วันที่ 3-4 พฤษภาคม 2562 ณ ห้องเวสต์บอลรูม โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

บริษัท/ผลิตภัณฑ์ (โปรดระบุกรณีที่จอง Symposium)

ที่อยู่

โทร แฟกซ์

มือถือ อีเมล

ขอแสดงความจำนงในการจอง : (โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่ต้องการ)

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input type="checkbox"/> 1	บูธแสดงผลภัณฑ์ วันที่ 1-4 พฤษภาคม 2562 ราคาบูธละ 50,000 บาท จำนวน ____ บูธ	
<input type="checkbox"/> 2*	Luncheon Symposium (ยื่นความจำนงภายในวันที่ 31 มกราคม 2562) ค่าธรรมเนียม Symposium ละ 350,000 บาท ไม่รวมค่าอาหาร <input type="checkbox"/> พุธที่ 1 พฤษภาคม 2562 <input type="checkbox"/> พฤหัสบดีที่ 2 พฤษภาคม 2562 <input type="checkbox"/> ศุกร์ที่ 3 พฤษภาคม 2562 <input type="checkbox"/> เสาร์ที่ 4 พฤษภาคม 2562	
<input type="checkbox"/> 3**	Evening Corporate Symposium (ยื่นความจำนงภายใน 31 มกราคม 2562) ค่าธรรมเนียม Symposium ละ 200,000 บาท ไม่รวมค่าอาหาร <input type="checkbox"/> พุธที่ 1 พฤษภาคม 2562 <input type="checkbox"/> พฤหัสบดีที่ 2 พฤษภาคม 2562 <input type="checkbox"/> ศุกร์ที่ 3 พฤษภาคม 2562	
<input type="checkbox"/> 4	กระเป๋างานประชุม ค่าธรรมเนียม 50,000 บาท ไม่รวมค่าผลิต	
<input type="checkbox"/> 5	สายคล้องป้ายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ค่าธรรมเนียม 50,000 บาท ไม่รวมค่าผลิต	
<input type="checkbox"/> 6	อื่นๆ (ระบุ)	
รวมเป็นเงิน ()		

หมายเหตุ * ** สมาคมฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาจัดกำหนดการ Luncheon Symposium และ Evening Corporate Symposium ในกรณีที่มีผู้ยื่นความจำนงมากกว่าที่กำหนด โดยจะยึดตามลำดับของการยื่นความจำนง ประกอบความเหมาะสมในองค์รวมของกำหนดตารางการประชุมวิชาการครั้งนี้

เงื่อนไขการชำระเงิน : โปรดชำระเงินภายในวันที่ **31 มีนาคม 2562** โดยชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม

“สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” หรือ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาโรงพยาบาลรามารินทร์

ชื่อบัญชี “สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” เลขที่บัญชี 026-4-13189-7

ลงชื่อ วันที่

()

โปรดส่งใบแสดงความจำนงไปที่: สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 02 716-5977 แฟกซ์ 02 716-5978 อีเมล joi@tsh.or.th

สำหรับ ลำดับที่ เจ้าหน้าที่	การชำระเงิน	เช็คธนาคาร	เลขที่เช็ค	ลงวันที่	ใบเสร็จรับเงิน
	<input type="checkbox"/> เงินโอน <input type="checkbox"/> เช็ค				

