

ใบลงทะเบียน

นพ. พญ. นาย นาง นางสาว: _____

ชื่อ-นามสกุล ภาษาอังกฤษ: _____

สถาบัน: _____ ตำแหน่ง: _____

ที่อยู่ติดต่อ: _____

_____ รหัสไปรษณีย์: _____

อีเมล: _____ โทรศัพท์: _____ โทรสาร: _____

ลงทะเบียน:

ประเภทผู้ลงทะเบียน	ค่าลงทะเบียน	ห้องพัก โรงแรม อโนมา แกรนด์
<input type="checkbox"/> สมาชิกชมรม ThaiPOG	ยกเว้น	<input type="checkbox"/> ต้องการห้องพัก <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการห้องพัก <input type="checkbox"/> คืนวันที่ 6 ก.ย.61 <input type="checkbox"/> คืนวันที่ 7 ก.ย. 61
<input type="checkbox"/> แพทย์ทั่วไป	2,000 บาท	<input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> พักเดี่ยว 2,500 บ./คืน <input type="checkbox"/> พักคู่ 2,700 บ./คืน พักร่วมกับ _____
<input type="checkbox"/> พยาบาล/นักเทคนิคการแพทย์	1,500 บาท	<input type="checkbox"/> Deluxe <input type="checkbox"/> พักเดี่ยว 2,700 บ./คืน <input type="checkbox"/> พักคู่ 2,900 บ./คืน พักร่วมกับ _____
เป็นเงิน		(สมาชิกชมรมฯ ที่มาจากภูมิภาค ยกเว้นค่าห้องพัก)
รวมเป็นเงินชำระทั้งสิ้น		บาท ()

การชำระเงิน:

<input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชี สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ เลขที่บัญชี 026-4-13189-7 (กรุณานำใบโอนเงินมาพร้อมใบลงทะเบียน) <input type="checkbox"/> เช็คธนาคาร _____ เลขที่: _____ ลงวันที่: _____	มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนามและที่อยู่ต่อไปนี้ _____ _____ _____
--	--

ลงชื่อผู้สมัคร _____ วันที่ _____