



ใบแสดงความจำนงขอสนับสนุนกิจกรรมวิชาการ

7th TSH International Symposium & 61st Annual Meeting (2023)

วันที่ 7-10 พฤษภาคม 2566 ณ 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 7-10 พฤษภาคม 2566 ราคาบูธละ 50,000 บาท จำนวน ____ บูธ	
<input type="checkbox"/> 2	Luncheon Symposium: ค่าธรรมเนียม Symposium ละ 400,000 บาท ไม่รวมค่าอาหาร <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์ที่ 7 พฤษภาคม 2566 <input type="checkbox"/> วันจันทร์ที่ 8 พฤษภาคม 2566 <input type="checkbox"/> วันอังคารที่ 9 พฤษภาคม 2566 <input type="checkbox"/> วันพุธที่ 10 พฤษภาคม 2566	
<input type="checkbox"/> 3	Dinner Symposium: ค่าธรรมเนียม Symposium ละ 300,000 บาท ไม่รวมค่าอาหาร <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์ที่ 7 พฤษภาคม 2566 <input type="checkbox"/> วันจันทร์ที่ 8 พฤษภาคม 2566 <input type="checkbox"/> วันอังคารที่ 9 พฤษภาคม 2566	
<input type="checkbox"/> 4	กระเป๋างานประชุม 50,000 บาท ไม่รวมค่าผลิต	
<input type="checkbox"/> 5	สายคล้องป้ายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม 50,000 บาท ไม่รวมค่าผลิต	
<input type="checkbox"/> 6	อื่น ๆ ระบุ	
รวมเป็นเงิน ()		

เงื่อนไขการชำระเงิน : โปรดชำระเงินภายในวันที่ **10 เมษายน 2566** โดยชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม

“สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” หรือ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาโรงพยาบาลรามาธิบดี

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