

แบบแสดงความจำนงเข้าร่วม/สนับสนุนกิจกรรม

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____

บริษัท/ผลิตภัณฑ์ (โปรดระบุกรณีที่จอง Symposium) _____

ที่อยู่ _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

มือถือ _____ อีเมล _____

ขอแสดงความจำนงในการจอง : (โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่ต้องการ)

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input type="checkbox"/> 1	บูธแสดงสินค้า วันที่ 7-8 กันยายน 2561 ราคาบูธละ 30,000 บาท จำนวน _____ บูธ	
<input type="checkbox"/> 2	Luncheon Symposium (ยื่นความจำนงภายใน 15 มิถุนายน 2561) <input type="checkbox"/> วันศุกร์ที่ 7 กันยายน 2561 ค่าธรรมเนียม 120,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหาร) <input type="checkbox"/> วันเสาร์ที่ 8 กันยายน 2561 ค่าธรรมเนียม 120,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหาร)	
<input type="checkbox"/> 3	Dinner Symposium (ยื่นความจำนงภายใน 15 มิถุนายน 2561) <input type="checkbox"/> วันศุกร์ที่ 7 กันยายน 2561 ค่าธรรมเนียม 120,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหาร)	
<input type="checkbox"/> 4	กระเป๋างานประชุม 30,000 บาท (ไม่รวมค่าผลิต)	
<input type="checkbox"/> 5	สายคล้องป้ายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม 30,000 บาท (ไม่รวมค่าผลิต)	
รวมเป็นเงิน (_____)		

เงื่อนไขการชำระเงิน : โปรดชำระเงินภายในวันที่ **31 กรกฎาคม 2561** โดยชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม
 “สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” หรือ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขารามาริบัติ
 ชื่อบัญชี “สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” เลขที่บัญชี 026-4-13189-7

ลงชื่อ _____ วันที่ _____
 (_____)

โปรดส่งใบแสดงความจำนงไปที่ สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย โทรศัพท์/โทรสาร: 02 716-5977 อีเมล: joi_kt@hotmail.com

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