



ใบแสดงความจำนงขอแสดงผลิตภัณฑ์ และสนับสนุนกิจกรรม
การประชุมวิชาการกลางปี สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 51
Theme: "Hot Seat" Cases in Hematology
วันที่ 5-6 ตุลาคม 2560 ณ โรงแรมทวาราวดี จังหวัดปราจีนบุรี

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง

บริษัท

ที่อยู่

โทร แฟกซ์

มือถือ..... อี-เมลล์

ขอแสดงความจำนงในการจอง : (โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่ต้องการ)

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
1 <input type="checkbox"/>	บูธแสดงสินค้า วันที่ 5-6 ตุลาคม 2560 ราคาบูธละ 30,000 บาท จำนวน _____ บูธ	
2 <input type="checkbox"/>	Luncheon Symposium 200,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหาร) <input type="checkbox"/> Luncheon Symposium I: วันที่ 5 ตุลาคม 2560 <input type="checkbox"/> Luncheon Symposium II: วันที่ 6 ตุลาคม 2560	
3 <input type="checkbox"/>	Dinner Symposium 200,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหาร) <input type="checkbox"/> Dinner Symposium I: วันที่ 5 ตุลาคม 2560	
4 <input type="checkbox"/>	กระเป๋างานประชุม 30,000 บาท (ไม่รวมค่าผลิต)	
5 <input type="checkbox"/>	สายคล้องป้ายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม 30,000 บาท (ไม่รวมค่าผลิต)	
รวมเป็นเงิน ()		

เงื่อนไขการชำระเงิน : โปรดชำระเงินภายในวันที่ 1 กันยายน 2560 โดยชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม
"สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย" หรือ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาโรงพยาบาลรามาริบัติ
ชื่อบัญชี "สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย" เลขที่บัญชี 026-4-13189-7

ลงชื่อ วันที่

()

โปรดส่งใบแสดงความจำนงไปที่: นพ. พลภัทร โจนันทรินทร์ สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี
เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 02 716-5977 แฟกซ์ 02 716-5978

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