



ใบแสดงความจำนงขอแสดงผลภัณฑ์ และสนับสนุนกิจกรรม

การประชุมวิชาการกลางปี สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 60

Theme: "Thought-Provoking Cases in Hematology"

วันที่ 10-11 พฤศจิกายน 2565 ณ โรงแรมรอยัลนาคาราและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ จ. หนองคาย

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง

บริษัท

ที่อยู่

โทร แฟกซ์

มือถือ..... อี-เมลล์

ขอแสดงความจำนงในการจอง : (โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่ต้องการ)

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
1 <input type="checkbox"/>	บูธแสดงสินค้า (ขนาด 2 x 2 เมตร) ราคาบูธละ 30,000 บาท จำนวน ____ บูธ	
2 <input type="checkbox"/>	Luncheon Symposium 200,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหาร) <input type="checkbox"/> Luncheon Symposium I: วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 เวลา 12.00-13.00 น. <input type="checkbox"/> Luncheon Symposium II: วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 เวลา 13.00-14.00 น. <input type="checkbox"/> Luncheon Symposium III: วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 เวลา 11.00-12.00 น.	
3 <input type="checkbox"/>	กระเป๋งานประชุม 30,000 บาท (ไม่รวมค่าผลิต)	
4 <input type="checkbox"/>	สายคล้องป้ายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม 30,000 บาท (ไม่รวมค่าผลิต)	
รวมเป็นเงิน ()		

เงื่อนไขการชำระเงิน : โปรดชำระเงินภายในวันที่ 10 ตุลาคม 2565 โดยชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม "สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย" หรือ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาโรงพยาบาลรามธิบดี ชื่อบัญชี "สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย" เลขที่บัญชี 026-4-13189-7

ลงชื่อ วันที่

()

โปรดส่งใบแสดงความจำนงไปที่ สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยสุนทรวิชัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 02 716-5977 แฟกซ์ 02 716-5978 อีเมล joi@tsh.or.th

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