



ใบแสดงความจำนงขอสนับสนุนกิจกรรมวิชาการ

Refresher Course for Hematologists 2023

วันที่ 14-15 มกราคม 2566 ณ โรงแรมฮอติเดย์อินน์ พัทยา จังหวัดชลบุรี

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

บริษัท/ผลิตภัณฑ์ (โปรดระบุกรณีที่จอง Symposium) .....

ที่อยู่ .....

โทร ..... แฟกซ์ .....

มือถือ ..... อีเมล .....

ขอแสดงความจำนงในการสนับสนุนกิจกรรม: (โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่ต้องการ)

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input type="checkbox"/> 1	บูธนิทรรศการ ขนาด 2 x 2 เมตร ค่าธรรมเนียมบูธละ 30,000 บาท: จำนวน..... บูธ	
<input type="checkbox"/> 2 *	สนับสนุนค่าลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม + ห้องพักเดี่ยว 1 คืน 4,000 บาท: จำนวน.....คน.	
	<input type="checkbox"/> ระบุชื่อผู้ลงทะเบียน ตามรายนามแนบท้าย (Group Registration Form)	
	<input type="checkbox"/> ไม่ระบุชื่อผู้ลงทะเบียน โดยมอบให้สมาคมฯ เป็นผู้จัดสรร	
<input type="checkbox"/> 3	สนับสนุนค่าลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม + ห้องพักร่วม 1 คืน 3,000 บาท: จำนวน.....คน.	
	<input type="checkbox"/> ระบุชื่อผู้ลงทะเบียน ตามรายนามแนบท้าย (Group Registration Form)	
	<input type="checkbox"/> ไม่ระบุชื่อผู้ลงทะเบียน โดยมอบให้สมาคมฯ เป็นผู้จัดสรร	
<input type="checkbox"/> 4	อื่นๆ (โปรดระบุ):	
รวมเป็นเงิน ( )		

\* เนื่องจากห้องพักมีจำนวนจำกัด สมาคมฯ ขอสงวนสิทธิ์จัดห้องพักเดี่ยว ให้ตามลำดับก่อนหลัง

**เงื่อนไขการชำระเงิน :** โปรดชำระภายในวันที่ **30 ธันวาคม 2565** โดยชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม

“สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” หรือ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาโรงพยาบาลรามารักษา  
 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				