



ใบแสดงความจำนงขอแสดงผลิตภัณฑ์ และสนับสนุนกิจกรรม
การประชุมวิชาการกลางปี สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 47
Theme: Difficult Cases in Hematology

วันที่ 5 - 6 พฤศจิกายน 2558 ณ โรงแรมสุนีย์แกรนด์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง

บริษัท

ที่อยู่

โทร แฟกซ์

มือถือ อี-เมลล์

ขอแสดงความจำนงในการจอง : (โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่ต้องการ)

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
1 <input type="checkbox"/>	บูธแสดงสินค้า วันที่ 5-6 พฤศจิกายน 2558 ราคาบูธละ 30,000 บาท จำนวน _____ บูธ	
2 <input type="checkbox"/>	Luncheon Symposium 200,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหาร) <input type="checkbox"/> Luncheon Symposium I: วันที่ 5 พฤศจิกายน 2558 <input type="checkbox"/> Luncheon Symposium II: วันที่ 6 พฤศจิกายน 2558	
3 <input type="checkbox"/>	Dinner Symposium 200,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหาร) <input type="checkbox"/> Dinner Symposium I: วันที่ 5 พฤศจิกายน 2558	
4 <input type="checkbox"/>	กระเป๋างานประชุม 30,000 บาท (ไม่รวมค่าผลิต)	
5 <input type="checkbox"/>	สายคล้องป้ายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม 30,000 บาท (ไม่รวมค่าผลิต)	
รวมเป็นเงิน ()		

เงื่อนไขการชำระเงิน : โปรดชำระเงินภายในวันที่ 1 ตุลาคม 2558 โดยชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม
“สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” หรือ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาโรงพยาบาลรามารินทร์
ชื่อบัญชี “สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” เลขที่บัญชี 026-4-13189-7

ลงชื่อ วันที่

()

โปรดส่งใบแสดงความจำนงไปที่: นพ. พลภัทร โรจน์นครินทร์ สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี
เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 02 716-5977 แฟกซ์ 02 716-5978

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