



ประชุมวิชาการกลางปีครั้งที่ 47 สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย

วันที่ 5-6 พฤศจิกายน 2558, โรงแรมสุนีย์แกรนด์ อ. เมือง จ. อุบลราชธานี

ใบลงทะเบียน

ข้อมูลผู้ลงทะเบียน

ชื่อผู้ลงทะเบียน (พญ. / นพ. / นาย / นาง / น.ส.) _____

สถาบัน _____

ที่อยู่ติดต่อสะดวก _____

โทรศัพท์มือถือ _____ โทรสาร _____ E-mail _____

รายละเอียดการลงทะเบียน

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
1	ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการ: <input type="checkbox"/> สมาชิก สลท. ประเภทสามัญ 2,000 บาท <input type="checkbox"/> สมาชิก สลท. ประเภทวิสามัญ, resident / fellow in training 1,500 บาท <input type="checkbox"/> บุคคลทั่วไป - แพทย์ 3,000 บาท <input type="checkbox"/> บุคคลทั่วไป - นักเทคนิคการแพทย์/พยาบาล 2,500 บาท <input type="checkbox"/> สมาชิก สลท. ที่เกษียณอายุราชการแล้ว โปรดระบุปีเกิด _____ ยกเว้นค่าลงทะเบียน	
2	สำรองห้องพักโรงแรมสุนีย์แกรนด์ (สถานที่ประชุมวิชาการ) <input type="checkbox"/> Superior (Single/Twin) 1,300 บาท <input type="checkbox"/> Deluxe (Single/Twin) 1,500 บาท <input type="checkbox"/> พักเดี่ยว <input type="checkbox"/> พักคู่ โปรดระบุชื่อผู้พักร่วม/ผู้ติดตาม _____ * วันที่เข้าพัก <input type="checkbox"/> Check-in _____ <input type="checkbox"/> Check-out _____ รวม _____ คืน	
3	ค่าทัศนศึกษาวันที่ 6-8 พฤศจิกายน 2558 อุบลราชธานี - จำปาสัก รวมห้องพักคู่ 2 คืน <input type="checkbox"/> สมาชิก: 4,800 บาท/ท่าน โปรดระบุชื่อผู้พักร่วม _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่สมาชิก/ผู้ติดตาม 7,800 บาท/ท่าน x _____ ท่าน = _____ บาท โปรดระบุชื่อผู้ติดตาม _____ <input type="checkbox"/> ต้องการห้องพักเดี่ยว เพิ่ม 1,700 บาท/ท่าน	
4	บัตรโดยสารเครื่องบินเดินทางไป-กลับ โดยสายการบิน Thai Smile Air 4,000 บาท/ที่นั่ง * 05 NOV 15 WE 20 BKK-UBP 07.40-08.45 08 NOV 15 WE 29 UBP-BKK 18.05-19.10 * เดินทางไปและกลับตามเที่ยวบินที่ระบุเท่านั้น และไม่สามารถคืนเงินหลังวันที่ 15 ตุลาคม 58 จำนวนบัตรโดยสารที่ต้องการ _____ ที่นั่ง x 4,000 บาท = _____ บาท ชื่อผู้เดินทาง: โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ 1 _____ 2 _____	
รวมจำนวนเงินที่ต้องชำระ (_____ บาท)		บาท

การชำระเงิน

<input type="checkbox"/> ชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม "สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย" เชื่ครณาการ _____ เลขที่ _____ ลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขารามาริบัติ บัญชี "สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย" เลขที่บัญชี 026-4-13189-7 โปรดแนบสำเนาใบนำฝากเงินมาพร้อมใบลงทะเบียนนี้	โปรดระบุชื่อ-ที่อยู่ที่ต้องการให้ปรากฏบนใบเสร็จรับเงิน: _____ _____ _____ _____
--	---

ลงชื่อผู้ลงทะเบียน _____ วันที่ _____

เงื่อนไขการยกเลิก: 1) ยกเลิกภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2558 ต้องมีหนังสือแจ้งเป็นทางการ และสมาคมฯ จะคืนเงินให้หลังงานประชุมโดยหัก 25%
2) ยกเลิกหลังวันที่ 15 ตุลาคม 2558 จะไม่มีการคืนเงิน

โปรดส่งใบลงทะเบียนได้ที่ สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310
หรือทางโทรสาร 02 716-5978 สอบถามรายละเอียดได้ที่โทรศัพท์ 02 716-5977