

แบบฟอร์มลงทะเบียน การประชุมวิชาการกลางปี ครั้งที่ 8

สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ระหว่างวันที่ 26 – 27 กันยายน 2556

ณ โรงแรมอิมพีเรียล ควินส์ปาร์ค กรุงเทพฯ

ข้าพเจ้า (นพ./ พญ./ นาย,นาง,นางสาว)..... นามสกุล

อาชีพ ☐ แพทย์ ☐ แพทย์ประจำบ้าน ☐ พยาบาล ☐ อื่นๆ ระบุ

โรงพยาบาล หน่วยงาน

เลขที่ หมู่..... ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ ต่อ..... มือถือ FAX

E-mail.....

มีความประสงค์จะเข้าร่วมประชุมวิชาการกลางปี

- ☐ เข้าร่วมประชุม วันพฤหัสบดีที่ 26 กันยายน 2556
- ☐ เข้าร่วมประชุม วันศุกร์ที่ 27 กันยายน 2556
- ☐ เข้าร่วมประชุม วันที่ 26 – 27 กันยายน 2556

มีความประสงค์จะจองห้องพักผ่านสมาคมฯโดยเข้าพัก

ราคาห้องพัก Single /Twin 2,500 บาท ต่อ คืน รวมอาหารเช้า

Date Check-in	Date Check-out	Room Type		
		Single	Twin	Double
จำนวน	คืน			
<input type="checkbox"/> ชำระเงินโดยโอนเข้าบัญชี สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะฯ เลขที่ 026-128484-5 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบดี บัญชี 24 เดือน ชำระแล้ว Fax ใบโอนเงินมาที่ 02-7166183				
<input type="checkbox"/> ได้รับการสนับสนุนห้องพักจากบริษัทเบอร์มือถือ.....				
<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการห้องพัก				

หมายเหตุ :

- สมาคมฯ ไม่เก็บค่าลงทะเบียน
- ผู้ที่ไม่เป็นสมาชิกสมาคมฯ ต้องสมัครสมาชิกสมาคมก่อน จึงจะสามารถเข้าร่วมประชุมได้
(ค่าสมัครสมาชิก แพทย์ 2,000 บาท พยาบาล 1,000 บาท ตลอดชีพ)
- กรุณาลงทะเบียนล่วงหน้าเพื่อความสะดวกในการจัดเตรียม อาหาร กระเป๋า และเอกสารประกอบการประชุม กรุณาลงทะเบียนภายในวันที่ 20 กันยายน 2556 เท่านั้น
- Fax แบบฟอร์มมาที่ 02-7166183 หรือ E-mail : webmaster@transplantthai.org
- กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยค่ะ