



แบบฟอร์มการลงทะเบียน

งานประชุมทางวิชาการ สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย ครั้งที่ 21 ประจำปี 2561
วันที่ 20 - 22 ตุลาคม 2561 สถานที่ Dusit Thani Hua Hin

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล..... * (ป้ายชื่อและใบประกาศนียบัตรเป็นภาษาอังกฤษ)

NAME (Mr./Mrs./Miss)SURNAME..... * (Name tag and Certificate is english version)

E mail..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

เบอร์มือถือ: * (If you need to confirm the registration number by SMS/ถ้าต้องการยืนยันการลงทะเบียนทาง SMS)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....สถานที่ทำงาน รพ./บริษัท

ที่อยู่สำหรับออกใบสำคัญรับเงิน

.....
.....
.....

อาชีพ (ระบุ ✓) รังสีแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน นักรังสีเทคนิค นักรังสีการแพทย์
 ผู้แทนบริษัท เฟลโลว์ ผู้สนใจอื่นๆ (ระบุ).....
 พยาบาล *CNEU number (*โปรดระบุให้ชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการเก็บชั่วโมง)

อาหาร (เฉพาะเที่ยง) ไทย มังสวิรัติ Halal food

ค่าลงทะเบียน

อัตราสมาชิกสมาคมฯ 4,815 บาท (รวม VAT 7%)*

อัตราไม่เป็นสมาชิกสมาคมฯ 5,350 บาท (รวม VAT 7%)*

*ภาษีหัก ณ ที่จ่ายได้ 3%

การชำระเงิน ทางธนาคาร ชื่อบัญชี “สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย”

บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 214-2-07388-7 ธนาคารทหารไทย สาขาโรงพยาบาลกรุงเทพ

ส่งแบบฟอร์มที่ท่านพิมพ์รายละเอียดเรียบร้อยแล้ว พร้อมกับภาพสำเนาการชำระเงินมายัง e-mail : tsvir.acting@gmail.com

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ Admin โทร. 0899699618, 0859013311

การลงทะเบียนจะถือว่าสมบูรณ์เมื่อท่านได้รับ e-mail หรือ SMS ตอบกลับมาว่า “สมาคมรังสีฯ ได้รับแบบฟอร์มและค่าลงทะเบียนของท่านเรียบร้อยแล้ว”

ลงทะเบียน online:



ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ.....

**** หยอดบัตรสมัครวันที่ 10 ตุลาคม 2561**