



การประชุมวิชาการสมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย

วันที่ 10 - 12 พฤษภาคม 2562 สถานที่ Pullman Pattaya Hotel G, Pattaya, THAILAND

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

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

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

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

E-mail: สถานที่ทำงาน เช่น โรงพยาบาล/บริษัท

ที่อยู่สำหรับออกใบสำคัญรับเงิน.....

อาชีพ (ระบุ ✓) รังสีแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล นักรังสีเทคนิค นักรังสีการแพทย์
 ผู้แทนบริษัท ผู้สนใจอื่นๆ (ระบุ).....

พร้อมนี้ได้จัดส่ง ค่าลงทะเบียนล่วงหน้า (ก่อนวันที่ 10 เม.ย.2562)

สมาชิกสมาคมฯ 5,350.- บาท *รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม

ไม่เป็นสมาชิกสมาคมฯ 8,560.- บาท *รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (.....) รวม.....บาท

การชำระเงิน ทางธนาคาร ชื่อบัญชี “สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย”

บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 214-2-07388-7 ธนาคารทหารไทย สาขาโรงพยาบาลกรุงเทพ

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

การลงทะเบียนจะถือว่าสมบูรณ์เมื่อท่านได้รับ e-mail หรือ SMS ตอบกลับมาว่า

“สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทยได้รับแบบฟอร์มและค่าลงทะเบียนของท่านเรียบร้อยแล้ว ”

**** ใบเสร็จรับเงินจัดส่งให้ทางไปรษณีย์ ****

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ลงทะเบียน online: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf-WetKnGi0j-zmEc7n16MB55w_0_aljywVPN7v8Z8M-F7mBw/viewform

