



สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย  
 ใบบทบริการสนับสนุนการประชุมวิชาการประจำปี  
 วันเสาร์และอาทิตย์ ที่ 21 - 22 กรกฎาคม 2561  
 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุม (ไบเทค) บางนา

No. Booth  
 เครื่องมือแพทย์  
 .....

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง .....

ในนามของบริษัท .....

ที่ตั้ง .....

โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... มือถือ..... E-mail.....

ขอสนับสนุนการประชุมวิชาการ ดังรายการต่อไปนี้

- ลงโฆษณาหนังสือประชุมวิชาการ จำนวน  ครั้งแผ่น A4 จำนวนเงิน 2,500 บาท (ขาวดำ)  หนึ่งแผ่น A4 จำนวนเงิน 5,000 บาท (ขาวดำ)
- เช่าพื้นที่ Booth ขนาด 3 x 3 ม. พร้อมโต๊ะขนาด 0.90 x 1.80 ม. และ เก้าอี้ 2 ตัว จำนวน 2 วัน ราคา 30,000 บาท  
 จำนวน ..... Booth รวมเป็นเงิน ..... บาท (.....)
- โอนเข้าบัญชี  สั่งจ่ายเช็ค ในนาม “สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย-การประชุมวิชาการ”

☼ วิธีการชำระเงิน โอนเข้าบัญชีตามแบบฟอร์มการชำระเงินของสมาคมฯ เท่านั้น ☼

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสาทกาชาติไทย บัญชี กระแสรายวัน เลขที่ 045-3-04335-6

ในนามของ “สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย-การประชุมวิชาการ”

**หมายเหตุ** เพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่ขัดกับระเบียบของศูนย์ประชุมไบเทค สมาคมฯ ได้กำหนดระเบียบไว้ดังนี้

- 1.) ตำแหน่งของบูธสามารถเลือกได้ตามผังบูธ โหลดในเว็บไซต์ฯ โดยลำดับก่อนหลังนั้นขึ้นอยู่กับกรณีโอนเงินเข้าบัญชี  
ทั้งนี้การเปิดห้องให้สมาชิกเข้ารับชมบูธ สมาคมฯ จะเปิด-ปิด ตามเวลาที่กำหนด
- 2.) สมาคมฯ จะมอบใบเสร็จ ให้ในวันประชุมวิชาการ
- 3.) Booth ที่ใช้พื้นที่เกิน จะคิดราคาเพิ่มตารางเมตร ละ 2,000 บาท/วัน
- 4.) ถ้ามีการใช้ปลั๊กไฟ ศูนย์ประชุมไบเทค คิดราคา จุดละ 610 บาท / วัน (จ่ายให้ศูนย์ไบเทคโดยตรง)
- 5.) ถ้าเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินและพื้นที่ของศูนย์ประชุมไบเทค เจ้าของ Booth เป็นผู้รับผิดชอบ
- 6.) ศูนย์ประชุมไม่อนุญาตให้นำอาหารมาจำหน่ายหรือแจกในวันประชุมวิชาการ
- 7.) สมาคมฯ ขอสงวนสิทธิ์การเปลี่ยนแปลงตำแหน่ง Booth และไม่อนุญาตให้เช่าช่วงหรือให้ผู้อื่นใช้พื้นที่

⇒ **Fax** หลักฐานดำเนินการชำระเงิน และ ใบบทบริการจอง Booth สามารถโทรมาเลือก Booth ได้เวลา 09.00 - 16.00 น.

วันจันทร์ - ศุกร์ ติดต่อสมาคมฯ ☎ 087-1132270 ☎ 02- 6320003 Fax : 02-6320004

**สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมฯ**

สมาคมฯ ได้รับใบบทบริการ และหลักฐานดำเนินการชำระเงิน  
 เลขที่เช็ค/รหสธนาคาร ..... จำนวนเงิน ..... บาท  
 ชำระผ่านธนาคารไทยพาณิชย์สาขาสาทกาชาติไทย วันที่ .....

ลงชื่อ ..... (ผู้รับ)  
 วันที่.....

หมายเลข Booth ที่ได้ .....

**สถานที่ติดต่อ**

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย  
 เลขที่ 1/237 อาคาร สีส้มแกรนด์ เทอเรส  
 ถ.ศาลาแดง 2 แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500  
 โทรศัพท์ 02-6320003 โทรสาร 02 -6320004 ☎ 087-1132270  
 http://www.tpna.or.th  
 E-mail : tpna.or.th@hotmail.com