



งานประชุม Academic Endocrine Weekend 2559

วันที่ 27-28 สิงหาคม 2559

โรงแรมเชอราตัน หัวหิน รีสอร์ท แอนด์ สปา

กรุณกรอกข้อมูลตัวบรรจงเพื่อ

ใบจองห้องพักและอาหาร

ความสะดวกในการตอบกลับ

1. นพ. พญ. นาย นาง นางสาว

ชื่อ-นามสกุล.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....

e-mail

1. สิทธิสำหรับการเป็น สมาชิกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป หมายเลขสมาชิก.....

ยินดีเข้าร่วมงาน ได้รับห้องพัก 1 ห้อง + อาหารทุกมื้อ (ไม่รวมผู้ติดตาม) โดยเสียค่าใช้จ่าย 2,000.00 บาท

ยินดีเข้าร่วมงาน และพักร่วมกับสมาชิกสมาคมฯ ชื่อ..... หมายเลขสมาชิก.....
ได้รับห้องพัก 1 ห้อง+ อาหารทุกมื้อ (ไม่รวมผู้ติดตาม) โดยเสียค่าใช้จ่ายท่านละ 1,000.00 บาท

2. สิทธิสำหรับการเป็น สมาชิกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ไม่ครบ 1 ปี หมายเลขสมาชิก.....

ยินดีเข้าร่วมงาน ได้รับห้องพัก 1 ห้อง + อาหารทุกมื้อ โดยเสียค่าใช้จ่าย 4,000.00 บาท (ไม่รวมผู้ติดตาม)

3. ไม่ใช่สมาชิกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย

ยินดีเข้าร่วมงาน ได้รับห้องพัก 1 ห้อง+ อาหารทุกมื้อ โดยเสียค่าใช้จ่าย 10,000.00 บาท (ไม่รวมผู้ติดตาม)

4. ห้องพัก

Twin Bed (ห้องพักเตียงคู่) Single Bed (ห้องพักเตียงเดี่ยว)

5. อาหาร

- ธรรมดา
 มังสวิรัติ

6. การเดินทาง

ไปรถส่วนตัว

ต้องการเดินทางไปกับรถบัสของสมาคมฯ (สมาชิกสามารถมีผู้ติดตามได้ 1 คน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากเกินสิทธิ์จะต้องเสีย
ค่าใช้จ่าย 400/ท่าน) ผู้ติดตาม.....คน

รวมจำนวน.....คน (รวมสมาชิกและผู้ติดตาม)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

สำหรับผู้ที่ต้องการห้องพัก/อาหารเพิ่มเติม

4. อัตราค่าห้องพัก/อาหาร

- ต้องการห้องพักเพิ่ม อัตราคืนละ 4,500-5,500 บาท จำนวนห้อง เป็นเงิน.....บาท
(ห้องพักเตียงคู่ 1 ห้อง พร้อมอาหารเช้า 2 ใบ)
- ต้องการเตียงเสริม ท่านละ 1,500 บาท จำนวนเตียง เป็นเงิน.....บาท
(รวมอาหารเช้า และเครื่องนอน)
- ต้องการคูปองอาหารเช้า สำหรับผู้ติดตาม
อัตราผู้ใหญ่ ท่านละ 650 บาท เป็นเงิน.....บาท
อัตราเด็ก อายุ 4-12 ปี ท่านละ 325 บาท เป็นเงิน.....บาท
- ต้องการคูปองอาหารกลางวัน สำหรับผู้ติดตาม ของวันที่ 27 ส.ค.59 (รับประทานอาหารกลางวัน ณ โรงแรมเชอราตัน หัวหิน รีสอร์ท แอนด์ สปา ตั้งแต่เวลา 11.45-12.45 น. เท่านั้น)
อัตราผู้ใหญ่ ท่านละ 850 บาท จำนวน.....คน เป็นเงิน.....บาท
อัตราเด็ก อายุ 4-12 ปี ท่านละ 425 บาท จำนวน.....คน เป็นเงิน.....บาท
- ต้องการคูปองอาหารเย็น สำหรับผู้ติดตาม ของวันที่ 27 ส.ค.59 (โรงแรมเชอราตัน หัวหิน รีสอร์ท แอนด์ สปา)
อัตราผู้ใหญ่ ท่านละ 1,600 บาท จำนวน.....คน เป็นเงิน.....บาท
อัตราเด็ก อายุ 4-12 ปี ท่านละ 800 บาท จำนวน.....คน เป็นเงิน.....บาท
- ต้องการคูปองอาหารกลางวัน สำหรับผู้ติดตาม ของวันที่ 28 ส.ค.59 (โรงแรมเชอราตัน หัวหิน รีสอร์ท แอนด์ สปา)
อัตราผู้ใหญ่ ท่านละ 850 บาท จำนวน.....คน เป็นเงิน.....บาท
อัตราเด็ก อายุ 4-12 ปี ท่านละ 425 บาท จำนวน.....คน เป็นเงิน.....บาท
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

กรุณาส่งใบตอบรับและชำระเงิน เป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม “สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย” หรือโอนเงิน
ธ.ไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช ชื่อบัญชี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย เลขที่บัญชี 016-2-85763-6 พร้อมกับ
Fax สำเนาใบโอนเงิน มาที่สมาคมต่อมไร้ท่อฯ ภายในวันที่ 10 สิงหาคม 2559

สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 10 ซ.ศุนย์วิจัย ๓.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

สอบถามข้อมูลได้ (คุณเดือน,คุณแต๊ก,คุณโอ) โทรศัพท์สายตรง 0-2716-6337 หรือโทรสาร

หมายเลข 0-2716-6338