



3rd Regional Uro Meeting

การประชุมอุโรส่วนภูมิภาคครั้งที่ 3



October 11, 2017
The Empress Convention Centre
Chiang Mai, Thailand

แบบฟอร์ม ลงทะเบียนคนไทย

สำนักงานเลขานุการ: บริษัท วายด์บลู จำกัด 19/2 เอกมัย 10
ถ.สุขุมวิท 63 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทร: 02 714 2590-1 แฟกซ์: 02 714 2656
E-mail: tuaconference@gmail.com

Code:

Part I

อาชีพ [.....] แพทย์ [.....] พยาบาล [.....] อื่นๆ

คำนำหน้านาม [.....] นาย [.....] นาง [.....] นางสาว

ชื่อ: นามสกุล:

First name: Family name:

เลขที่ประกอบวิชาชีพ:

โรงพยาบาล: หน่วยงาน/แผนก:

โทร: แฟกซ์:

E-mail: อาหาร: ทั่วไป อิสลาม มังสวิรัติ

หากได้รับการสนับสนุนโดย บริษัท (โปรดระบุ) ชื่อผู้แทน:

เบอร์ติดต่อ: E-mail:

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม: เลขที่ผู้เสียภาษี (ถ้ามี)

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ:

Part II

อัตราค่าลงทะเบียน	อัตราลงทะเบียน (ก่อนวันที่ 31 สิงหาคม 2560)	อัตราลงทะเบียน (หลังวันที่ 31 สิงหาคม 2560)
แพทย์ผู้โรที่เป็นสมาชิก	<input type="checkbox"/> 3,000 บาท	<input type="checkbox"/> 3,500 บาท
พยาบาล	<input type="checkbox"/> 2,000 บาท	<input type="checkbox"/> 2,500 บาท
* แพทย์สมาชิกผู้โรที่อายุเกิน 60 ปี * แพทย์ประจำบ้าน	<input type="checkbox"/> ยกเว้นค่าลงทะเบียน	
หมายเหตุ: การลงทะเบียน สามารถเข้าได้ทั้ง 3 งานประชุม คือ งานผู้โรส่วนภูมิภาค, APPS, APSSM		
รวมทั้งสิ้น		_____ บาท
ค่าลงทะเบียนรวม (1) เอกสารและกระเป๋าการประชุม (2) เข้าร่วมประชุมในทุกช่วงเวลา รวมถึงนิทรรศการทางการแพทย์ (3) Sponsor symposium (4) อาหารว่าง และอาหารกลางวัน		

Part III

กรุณาโอนเงินค่าลงทะเบียนได้ที่

ชื่อบัญชี “สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์”

เลขที่บัญชี 045-289587-3 บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา สภาอากาศไทย

และกรุณา E-mail ใบโอนเงินค่าลงทะเบียนมายังสำนักงานเลขานุการ เพื่อยืนยันการลงทะเบียน ทางสำนักงานจะส่งเอกสารยืนยันการ

ลงทะเบียนทาง E-mail ของท่านตามที่แจ้งไว้ หลังจากยอดเงินของท่านได้รับการอนุมัติจากฝ่ายบัญชีเรียบร้อยแล้ว