

ใบสมัครเข้าร่วมงานสัมมนา "ความเป็นเลิศด้านระบบสิ่งสนับสนุนโรงพยาบาลในประเทศไทยประจำปี" ครั้งที่ 5
(The 5th Thailand Healthcare Facility Management Excellence Seminar)
วันที่ 20-21 กุมภาพันธ์ 2663
ณ ห้องแกรนด์บอลรูม โรงแรมโกลเด้นทิวลิป ซอฟเฟอริน กรุงเทพฯ

1. ข้อมูล บริษัท/หน่วยงาน

บริษัท / หน่วยงาน เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....
ประเภทธุรกิจ [] โรงพยาบาลรัฐ [] โรงพยาบาลเอกชน [] ภาคบริการอื่นๆ ระบุ.....
[] ภาคการผลิต ระบุ..... [] อื่นๆ ระบุ.....
ที่อยู่จัดส่งเอกสาร
ผู้ประสานงาน..... โทรศัพท์..... มือ
ถือ..... โทรสาร..... E-mail.....
.....

2. ข้อมูลผู้เข้าร่วมงานสัมมนา

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)
ตำแหน่ง..... มือถือ E-Mail.....
สำรองที่นั่งช่วงบ่ายวันที่ 20 ก.พ. 63 [] Room 1 [] Room 2
สำรองที่นั่งช่วงบ่ายวันที่ 21 ก.พ. 63 [] Room 1 [] Room 2
2. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)
ตำแหน่ง..... มือถือ E-Mail.....
สำรองที่นั่งช่วงบ่ายวันที่ 20 ก.พ. 63 [] Room 1 [] Room 2
สำรองที่นั่งช่วงบ่ายวันที่ 21 ก.พ. 63 [] Room 1 [] Room 2
3. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)
ตำแหน่ง..... มือถือ E-Mail.....
สำรองที่นั่งช่วงบ่ายวันที่ 20 ก.พ. 63 [] Room 1 [] Room 2
สำรองที่นั่งช่วงบ่ายวันที่ 21 ก.พ. 63 [] Room 1 [] Room 2
4. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)
ตำแหน่ง..... มือถือ E-Mail.....
สำรองที่นั่งช่วงบ่ายวันที่ 20 ก.พ. 63 [] Room 1 [] Room 2
สำรองที่นั่งช่วงบ่ายวันที่ 21 ก.พ. 63 [] Room 1 [] Room 2

5. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)

ตำแหน่ง..... มือถือ E-Mail.....

สำรองที่นั่งช่วงบ่ายวันที่ 20 ก.พ. 63 [] Room 1 [] Room 2

สำรองที่นั่งช่วงบ่ายวันที่ 21 ก.พ. 63 [] Room 1 [] Room 2

กรณียกเลิก กรุณาแจ้งล่วงหน้าก่อนวันสัมมนา 7 วัน หากเกินกำหนดบริษัทขอสงวนสิทธิ์การคืนเงิน

3. ค่าธรรมเนียมและวิธีการชำระเงิน

จำนวนท่าน ราคา/ช่วงเวลา	Promotion (สมัครและชำระเงินตามช่วงเวลา)	
	16 ธ.ค. 62-17 ม.ค.63	18 ม.ค. 63-13 ก.พ. 63
ราคาต่อท่าน	3,200 บาท	3,800 บาท
ราคากลุ่ม (ตั้งแต่ 5 ท่านขึ้นไป)	3,000 บาท	3,400 บาท

หมายเหตุ : ราคาโดยรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% แล้ว ท่านสามารถหักภาษี ณ ที่จ่ายได้ ตามเงื่อนไขการจดทะเบียนองค์กร
ที่อยู่เพื่อออกใบกำกับภาษี.....

[] ออกใบกำกับภาษีรวมใบเดียว ในนามองค์กร/หน่วยงาน [] ออกใบกำกับภาษีแยกตามรายชื่อผู้สัมมนา

จำนวนผู้เข้าสัมมนารวม ท่าน คิดเป็นเงินรวม บาท

[] ไม่หักภาษี ณ ที่จ่าย [] หักภาษี ณ ที่จ่าย %

ยอดเงินชำระจริง บาท

วิธีการชำระเงิน

[] เช็คลงจ่ายในนาม “บริษัท อาร์เอฟเอส จำกัด”

[] โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อ บริษัท อาร์เอฟเอส จำกัด

สาขาอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์-รพ.รามธิบดี ประเภทออมทรัพย์ เลขที่ 090-700333-9

* กรุณาส่งหลักฐานการชำระเงินมาที่ E-mail: ajara.r@rfs.co.th

** ข้อมูลเพื่อการออกเอกสารหัก ณ ที่จ่าย บริษัท อาร์เอฟเอส จำกัด

270 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามธิบดี ถนนพระรามที่ 6

แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105554008762

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณอจรา เรืองฤทธิ์ โทร. 0-2764-6555 ต่อ 6101

ปิดรับสมัครวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2563