



สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

INFECTIOUS DISEASES ASSOCIATION OF THAILAND

ใบสมัครสมาชิกสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เลขที่สมาชิก.....
 ชื่อ (พร้อมคำนำหน้า).....นามสกุล.....
 ชื่อ -นามสกุล (ภาษาอังกฤษ).....อาชีพ.....
 วุฒิกการศึกษา 1.....2.....3.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
 โทรสาร.....E-mail.....
 ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....ต่อ.....โทรสาร.....
 มีความประสงค์ในการสมัครเป็นสมาชิกสามัญตลอดชีพ โดยเสียค่าธรรมเนียมสมาชิกตลอดชีพเป็นจำนวนเงิน 2,000 บาท โดยมีสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยรับรอง 2 ราย คือ 1.....
 2.....ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
 (.....)
 ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร
 (.....)

โดยชำระเงินจำนวน 2,000 บาท เป็น เงินสด เช็คธนาคารเลขที่.....
 เงินค่าสมาชิกของสมาคมฯ ส่งจ่ายเป็น เช็คขีดคร่อม ในนาม “สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย” (เช็คต่างจังหวัดเพิ่มค่าธรรมเนียมอีก 10 บาท)

ท่านต้องการให้จัดส่งข่าวสารของสมาคม / วารสารไปที่ ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ทำงาน

สิทธิประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับ

- ส่วนลด 10% จากค่าลงทะเบียนของบุคคลทั่วไป ในการลงทะเบียนงานประชุมของสมาคมฯ
- วารสาร/ข่าวสาร ของสมาคมฯ ปีละ 3 ฉบับ
- ส่วนลด 10% จากค่านั่งเรือของสมาคม จากราคาขายบุคคลทั่วไป ในกรณีสั่งซื้อจากสมาคมโดยตรง
- สิทธิในการสมัครเป็นกรรมการบริหารสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย เป็นสมาชิกตลอดชีพฯ อย่างน้อย 5 ปี
- สิทธิในการเลือกตั้งคณะกรรมการบริหารสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย เป็นสมาชิกตลอดชีพฯ อย่างน้อย 1 ปี
- สิทธิพิเศษสำหรับสมาชิกตลอดชีพที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะได้รับยกเว้นค่าลงทะเบียนสำหรับงานประชุมใหญ่วิชาการประจำปี
- สิทธิสำหรับสมาชิกตลอดชีพที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทางสมาคมฯ จะจัดงานมุทิตาจิตให้

การสมัครเป็นสมาชิกสามัญตลอดชีพจะสมบูรณ์เมื่อผ่านการพิจารณาจากกรรมการบริหารสมาคมฯ

กรุณาส่งใบสมัคร พร้อมเงินค่าสมาชิกสมาคมฯ มายัง เลขานุการสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่แขวงห้วยขวาง เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10320