



รายละเอียดการสนับสนุนการจัดการประชุมใหญ่วิชาการฯ มีดังนี้

| เอกสารแนบ | รายการ | จำนวน | หน่วย | หมายเหตุ |
|-----------|---|--|--------------------------|--|
| 1 | สนับสนุนการจัดนิทรรศการแสดงเวชภัณฑ์ (Booth) (พื้นที่ขนาด 2X2 เมตร) | 50,000.- | บาท | |
| 2 | สนับสนุนการบรรยายทางวิชาการ (Industrial Symposium) | 300,000.- | บาท | |
| 3 | การสำรองห้องพักให้แก่แพทย์ผู้เข้าร่วมการประชุม โรงแรมรอยัล คลิฟ (จำนวนจำกัด) | - | - | ถือสิทธิ์การจองห้องพัก ตามลำดับวันที่ส่งเอกสารการจองเท่านั้น |
| 4 | อัตราค่าลงทะเบียน ดังนี้ <u>สมาชิกสมาคมฯ</u> ก่อน วันที่ 14 กันยายน 2561 หลัง วันที่ 14 กันยายน 2561 <u>บุคคลทั่วไป</u> ก่อน วันที่ 14 กันยายน 2561 หลัง วันที่ 14 กันยายน 2561 | 5,000.- 6,000.- 5,500.- 6,500.- | บาท บาท บาท บาท | |
| - | สนับสนุนการจัดทำกระเป๋าสำหรับแพทย์ผู้เข้าอบรมฯ (ประมาณ 900 ใบ) | 140,000.- | บาท | แจ้งความจำนงค์ได้โดยตรง |
| - | สนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ (แฟ้มเอกสาร,สมุด,ปากกา,อื่นๆ) สำหรับแพทย์ผู้เข้าประชุม | 900 | ชุด | แจ้งความจำนงค์ได้โดยตรง |

ติดต่อสอบถาม คุณธนัญชกร คล้ายอุไร (แอน) โทร.(06) 2962-5614 E-mail : annytk.idat@gmail.com
 คุณชนัญฉิธา นกสกุล (จั่ง) โทร.(09) 9179-5566 E-mail : chanan.idat@gmail.com

หมายเหตุ * สำหรับเอกสารประกอบการสนับสนุนกิจกรรมฯ สามารถดาวน์โหลดได้ทาง www.idthai.org หรือ ส่ง E-mail แจ้งความประสงค์มายังเจ้าหน้าที่สมาคมฯ เพื่อขอรับ

รายละเอียดต่อไป



แบบตอบรับการสนับสนุนการจัดนิทรรศการเวชภัณฑ์ (บูธ)

การประชุมใหญ่วิชาการประจำปี ครั้งที่ 44

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

ระหว่างวันที่ 12-15 ตุลาคม 2561 ณ โรงแรมรอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จ.ชลบุรี

บริษัท

ชื่อผู้แทนบริษัทในการติดต่อ

ที่อยู่

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี..... ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สาขาที่.....

โทรศัพท์ อีเมล.....

มีความประสงค์สนับสนุนการจัดนิทรรศการแสดงเวชภัณฑ์ (บูธ) (พื้นที่มีขนาด 2X2 เมตร)

| รายการ | จำนวน | ราคาต่อบูธ (บาท) | รวมจำนวนเงิน (บาท) |
|---|-------|---------------------|-----------------------|
| สนับสนุนการจัดนิทรรศการแสดง เวชภัณฑ์ (บูธ) | | 50,000.- | |

เงื่อนไขการชำระเงิน

- โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (ประชุมวิชาการประจำปี)
สาขา สภาอากาศไทย เลขที่ 045-596209-3 (กรณีการโอนเงินผ่านธนาคารกรุณาส่งหลักฐานการชำระเงิน/เอกสารการ
สนับสนุนพร้อมกันนี้ และติดต่อเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ โทรศัพท์ 0-2716-6874 เพื่อยืนยันการชำระเงินดังกล่าว)
- เช็คธนาคาร สั่งจ่ายในนาม สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (ประชุมวิชาการประจำปี)

ลงนาม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ

- สามารถส่งแบบฟอร์มมายังสมาคมฯ ได้ที่โทรสารหมายเลข 0-2716-6807 หรือ อีเมล annytk.idat@gmail.com



แบบตอบรับการสนับสนุนการบรรยายทางวิชาการ (Industrial Symposium)

การประชุมใหญ่วิชาการประจำปี ครั้งที่ 44

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

ระหว่างวันที่ 12-15 ตุลาคม 2561 ณ โรงแรมรอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จ.ชลบุรี

บริษัท

ชื่อผู้แทนบริษัทในการติดต่อ

ที่อยู่

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี..... ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สาขาที่.....

โทรศัพท์ อีเมล.....

| รายการ | จำนวน (Symposium) | ราคา/ Symposium (บาท) | รวมจำนวนเงิน (บาท) |
|---|----------------------|--------------------------|-----------------------|
| สนับสนุนการบรรยายทางวิชาการ (Industrial Symposium) | | 300,000.- | |

เงื่อนไขการชำระเงิน

- โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (ประชุมวิชาการประจำปี) สาขา สภาอากาศไทย เลขที่ 045-596209-3 (กรณีการโอนเงินผ่านธนาคารกรุณาส่งหลักฐานการชำระเงิน/เอกสารการสนับสนุนพร้อมกันนี้ และติดต่อเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ โทรศัพท์ 0-2716-6874 เพื่อยืนยันการชำระเงินดังกล่าว)
- เช็คธนาคาร สั่งจ่ายในนาม สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (ประชุมวิชาการประจำปี)

ลงนาม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ

- ค่าสนับสนุนการบรรยายทางวิชาการดังกล่าว รวมค่าอาหารกลางวันแล้ว
- สามารถส่งแบบฟอร์มมายังสมาคมฯ ได้ที่โทรสารหมายเลข 0-2716-6807 หรือ อีเมล annytk.idat@gmail.com



แบบฟอร์มการลงทะเบียน
การประชุมใหญ่วิชาการประจำปี ครั้งที่ 44
สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

ระหว่างวันที่ 12-15 ตุลาคม 2561 ณ โรงแรมรอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จ.ชลบุรี

โปรดพิมพ์หรือเขียนตัวบรรจงให้ชัดเจน เพื่อความถูกต้องในการจัดทำทะเบียนและใบเสร็จ)

คำนำหน้า ☐ นพ. ☐ พญ. ☐ นาย ☐ น.ส. ☐ ภก. ☐ ภญ.

ชื่อ - สกุล

(โปรดระบุเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ) ☐ (CME) ว.แพทย์..... ☐ (CPE) ภ.เภสัชกร.....

ที่อยู่สำหรับออกใบกำกับภาษี

.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์.....

➡ ค่าลงทะเบียน (รวมอาหารกลางวัน, อาหารว่าง และเอกสารประกอบการประชุม)

สมาชิกสมาคม ต.....

☐ ก่อน 14 กันยายน 2561 = 5,000 บาท

☐ หลัง 14 กันยายน 2561 = 6,000 บาท

บุคคลทั่วไป

☐ ก่อน 14 กันยายน 2561 = 5,500 บาท

☐ หลัง 14 กันยายน 2561 = 6,500 บาท

➡ การจองห้องพัก ณ โรงแรมรอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จังหวัดชลบุรี

☐ ต้องการสำรองห้องพัก (ราคา 4,000 บาทต่อคืน) กรุณาติดต่อสอบถามโดยตรงมายังเจ้าหน้าที่สมาคมฯ

➡ เงื่อนไขการชำระเงิน

โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (ประชุมวิชาการประจำปี)

สาขา สภาอากาศไทย เลขที่ 045-596209-3 (กรุณาส่งหลักฐานการชำระเงิน/เอกสารการลงทะเบียนพร้อมกันนี้ และติดต่อเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ โทรศัพท์ 0-2716-6874 เพื่อยืนยันการชำระเงินดังกล่าว)

ส่งเอกสารการลงทะเบียนได้ทางโทรสาร 0-2716-6807 หรือทาง e-mail : annytk.idat@gmail.com