

แบบชำระเงินค่าต่ออายุสมาชิก / สมัครเป็นสมาชิกสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

ประจำปี .....

ชื่อ ..... นามสกุล ..... เลขที่สมาชิกสมาคมฯ .....

(ชื่อภาษาอังกฤษ) .....

สังกัด ..... ตำแหน่ง .....

สถานที่/ที่อยู่ติดต่อได้ .....

โทรศัพท์มือถือ ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... โทรศัพท์ที่บ้าน .....

โทรสาร ..... E-mail .....

ชำระเงินค่าสมาชิก ประเภท	แพทย์ / 1ปี	แพทย์ / 3 ปี	นักวิทย์ฯ / จพง.วิทย์ฯ (เซลล์ฯ) / อื่นๆ / 1ปี	นักวิทย์ฯ / จพง.วิทย์ฯ (เซลล์ฯ) / อื่น ๆ / 3 ปี
สมาชิกสามัญ(สมัครใหม่)	<input type="checkbox"/> 1,000.00 บาท	<input type="checkbox"/> 1,700.00 บาท (1,200+500)	<input type="checkbox"/> 500.00 บาท	<input type="checkbox"/> 900.00 บาท (700+200)
ต่ออายุสมาชิกสามัญ	<input type="checkbox"/> 500.00 บาท	<input type="checkbox"/> 1,200.00 บาท	<input type="checkbox"/> 300.00 บาท	<input type="checkbox"/> 700.00 บาท
สมาชิกวิสามัญ	<input type="checkbox"/> 300.00 บาท		<input type="checkbox"/> 300.00 บาท	

การชำระเงิน ได้ส่งเงินค่าต่ออายุสมาชิก/สมัครเป็นสมาชิกเป็นเงิน ..... บาท (.....)

สำเนาการโอนเงิน (pay-im) เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) จำกัด

สาขาโรงพยาบาลราชวิถี บัญชีเลขที่ 051-2 54197-4 ชื่อบัญชี สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

การส่งใบสมัครและค่าต่ออายุสมาชิก

คุณครุณี (085-0128464)

สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย (ต่ออายุสมาชิก/สมัครสมาชิก)

สถาบันพยาธิวิทยา เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท

แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 0-2354-8208-15 ต่อ 121 , 141 โทรสาร 0-2354-8204

E-mail : thaisociety14@gmail.com

<p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p>.....ผู้รับเงิน</p> <p>(ตัวบรรจง)</p> <p>ได้รับเงินแล้ว .....เหรียญ</p>
---