รูปถ่าย

หมายเลขสมาชิก.....
ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่..... (สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)

สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย

THAI ATHEROSCLEROSIS SOCIETY

อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ชั้น 5 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทร. 0-2716-6043,08-7830-9306 โทรสาร 0-2716-6044 www.thaiathero.org E-mail : thai.athero@gmail.com

แบบฟอร์มสมัครสมาชิก

ชื่อ.....นามสกุล.....

Name(ตัวพิมพ์ใหญ่).....Last Name.....

อาชีพ ❒ แพทย์ ❒ พยาบาล ❒ เภสัชกร ❒ อื่นๆโปรดระบุ.....เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail : .....

ที่อยู่สามารถติดต่อได้ปัจจุบัน เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล……เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

สถานที่ต้องการให้ส่งเอกสาร ❒ ที่บ้าน ❒ ที่ทำงาน

หลักฐานใช้ประกอบการสมัคร รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 ใบ, สำเนาวุฒิการศึกษาสูงสุด 1 ฉบับ

อัตราค่าสมัคร

❒ สมาชิกสมทบ อัตราค่าสมัคร 1,000 บาท ต่อ 5 ปี

❒ สมาชิกวิสามัญ อัตราค่าสมัคร 2,000 บาท ตลอดชีพ

❒ สมาชิกสามัญ อัตราค่าสมัคร 3,000 บาท ตลอดชีพ

วิธีการชำระเงิน

❒ เงินสด

❒ เช็คสั่งจ่ายในนาม “สมาคมโรคหลอดเลือดแดง”

❒ โอนเงินเข้า บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช

ชื่อบัญชีสมาคมโรคหลอดเลือดแดง เลขที่บัญชี 016-287666-4

กรุณาส่งหลักฐานการโอนเงินพร้อมแบบฟอร์มใบสมัครมาที่ โทรสาร.0-2716-6044 หรือ E-mail : thai.athero@gmail.com

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก