



แบบฟอร์มการตอบรับเข้าร่วมงานประชุมสำหรับสมาชิก
การประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2560
วันที่ 28 มีนาคม 2560 เวลา 08.30 – 17.00 น.
ณ ห้องปรีชาติ ชั้น 3 โรงแรมโกลเด้น ทิวลิป ซอฟเฟอริน

บริษัทขอยืนยันการเข้าร่วมการประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2560 พร้อมรับฟังการเสวนาและการบรรยายจาก วิทยากร ผู้ทรงคุณวุฒิจาก กรมบัญชีกลาง สมาคมประกันวินาศภัยไทย สมาคมพิทักษ์สิทธิข้าราชการ กรมการสาธารณสุข สำนักงาน ประกันสังคม สภาลูกจ้างแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมศุลกากร และสำนักงานอาหารคณะกรรมการ อาหารและยา โดยขอส่งรายชื่อผู้แทนดังนี้

บริษัท จำนวน.....ท่าน

1.ชื่อ..... นามสกุล..... อีเมล.....

2.ชื่อ..... นามสกุล..... อีเมล.....

3.ชื่อ..... นามสกุล..... อีเมล.....

4.ชื่อ..... นามสกุล..... อีเมล.....

ชื่อผู้ประสานงาน.....เบอร์ติดต่อ.....อีเมล.....

วิธีการชำระค่าลงทะเบียน ตามรายละเอียดดังนี้

ไม่หัก ณ ที่จ่าย 3% จำนวน 1,819 บาท/ท่าน (1,700 + VAT 119 = 1,819 บาท)

หัก ณ ที่จ่าย 3% จำนวน 1,768 บาท/ท่าน {(1,700 – 51) + VAT 119 = 1,768 บาท}

รวมยอดเงินทั้งหมด.....บาท

1.ส่งจ่ายเช็คธนาคารในนาม: "สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย" หรือ
"Thai Medical Device Technology Industry Association"

2.โอนเงินผ่านเงินผ่านธนาคาร: ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด มหาชน
สาขา ถนนศรีนครินทร์ (กรุงเทพมหานคร)
หมายเลขบัญชี: 080-2-13710-0 ประเภท ออมทรัพย์

3.เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0-1095-33000-01-4

ชื่อและที่อยู่สำหรับใบหักภาษี ณ ที่จ่าย คือ สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย (สำนักงานใหญ่)
เลขที่ 5 ซอยกรุงเทพกรีฑา 4 (ปึกgrim) หัวหมาก บางกะปิ กรุงเทพฯ 10240

เงื่อนไขในการรับใบเสร็จ THAIMED ขอสงวนสิทธิ์ในการออกใบเสร็จรับเงินให้ที่โต๊ะลงทะเบียนหน้าห้องประชุมในวันที่ 28 มีนาคม 2560 กรณีที่มีการหัก ณ ที่จ่าย ขอให้ผู้เข้าร่วมการประชุมแสดงเอกสารใบหักที่จ่ายต้นฉบับเพื่อแลกกับใบเสร็จที่หน้าห้องประชุมด้วย

กรุณาแจ้งยืนยันความประสงค์เข้าร่วมการประชุมโดยส่งแบบตอบรับและหลักฐานการชำระเงินกลับไปที่ THAIMED@truemail.co.th หรือ แฟกซ์ 02-379-4297 อย่างช้าภายในวันที่ 21 มีนาคม 2560