



## ใบตอบรับ



### MEDICAL REPRESENTATIVE CERTIFICATION

โครงการรับรองผู้แทนผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์

วันที่: 30 พฤษภาคม 2560 เวลา 08.00 - 17.00 น.

เวลาดงทะเบียน: 08:00 - 08:30 น.

สถานที่: ห้องมณฑาทิพย์ ชั้น 3 โรงแรมโกลเด้น ทิวลิป ซอฟเฟอริน ถนนพระราม 9

ค่าลงทะเบียน: 1,869.16 + VAT 130.84 = 2,000 บาท/ท่าน (รวมอาหารว่างและอาหารกลางวัน)

\*\*ภาษี หัก ณ ที่จ่าย =  $1,869.16 \times 3\% = 56.07$  บาท\*\*

บริษัทขอเชิญรับการเข้าร่วมอบรม "โครงการรับรองผู้แทนผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์" ของสมาคมฯ โดยขอส่งรายชื่อดังต่อไปนี้

บริษัท: \_\_\_\_\_

จำนวนผู้เข้าร่วม: \_\_\_\_\_ ท่าน

รายชื่อ:	1	อีเมล
	_____	_____
	2	อีเมล
	_____	_____
	3	อีเมล
	_____	_____
	4	อีเมล
	_____	_____

ชื่อผู้ประสานงาน: \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์: \_\_\_\_\_

### วิธีชำระค่าลงทะเบียน

- ส่งจ่ายเช็คธนาคารในนาม: "สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย" หรือ "Thai Medical Device Technology Industry Association"
- โอนเงินผ่านเงินผ่านธนาคาร: ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด(มหาชน) สาขานนทบุรีนครินทร์ (กรุงเทพกรีฑา) เลขบัญชี: 080-2-13710-0
- ที่อยู่สำหรับภาษีหัก ณ ที่จ่าย: สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย Thai Medical Device Technology Industry Association  
เลขที่ 5 ซอยกรุงเทพกรีฑา 4 (บีกริม) No. 5 Soi Krungthepkreetha 4 (B.Grimm)  
แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ ๑0240 Huamark, Bangkapi, Bangkok 10240  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0109533000014 Tax ID : 0109533000014

กรุณาแจ้งยืนยันความประสงค์เข้าร่วมการประชุมโดยส่งแบบตอบรับและหลักฐานการชำระเงินกลับมาที่

THAIMED@truemail.co.th หรือ แฟกซ์ 02-379-4297 อย่างช้าภายในวันที่ 23 พฤษภาคม 2560