

รูปถ่าย



หมายเลขสมาชิก.....

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

สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย (สำนักงานใหญ่)

THAI ATHEROSCLEROSIS SOCIETY

อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ชั้น 5 ซอยศูนย์วิจัย 1 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

เลขที่ผู้เสียภาษี 099-3000-138-082 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 ☐ เกษตรกร ☐ อื่นๆโปรดระบุ.....เลขที่ใบประกอบเวชกรรม.....

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail :

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

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail :

สถานที่ต้องการให้ส่งเอกสาร ☐ ที่บ้าน ☐ ที่ทำงาน

หลักฐานใช้ประกอบการสมัคร รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 ใบ, สำเนาวุฒิการศึกษาสูงสุด 1 ฉบับ

อัตราค่าต่ออายุสมาชิก

☐ สมาชิกสมทบ 1,000 บาท ต่อ 3 ปี (สำหรับแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์)

☐ สมาชิกวิสามัญ 2,000 บาท ตลอดชีพ (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

☐ สมาชิกสามัญ 3,000 บาท ตลอดชีพ (สำหรับแพทย์)

วิธีการชำระเงิน

☐ เงินสด ☐ โอนเงินเข้า บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช

ชื่อบัญชีสมาคมโรคหลอดเลือดแดง เลขที่บัญชี 016-287666-4

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก

☐ ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลสมาชิกสมาคมฯ

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