

# Exhibition Form

## แบบฟอร์มร่วมออกบูธ (Exhibition Form)

การฝึกอบรมเรื่อง “คีเลชั่นบำบัด Chelation Therapy” ครั้งที่ 18

ระหว่างวันที่ 8-10 พฤษภาคม 2562

ณ กรุงเทพมหานคร

**18<sup>TH</sup>**  
\*\*\*\*\*  
**CHELATION**  
8<sup>TH</sup>-10<sup>TH</sup> MAY 2019  
@BANGKOK

### 1. ข้อมูลเบื้องต้น (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

ชื่อ (นาย / นาง / น.ส. / นิตินบุคคล) ..... นามสกุล.....

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ).....

บริษัท.....

ที่อยู่ออกไปเสร็จ เลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-Mail: .....

ประเภทของธุรกิจ.....

สินค้าที่จะจำหน่าย.....

### 2. ค่าลงทะเบียนสนุนสมาคมฯ

Gold Sponsor 100,000 บาท

Silver Sponsor 20,000 บาท

ลงชื่อ .....

ผู้สมัคร ( .....

### 3. วิธีการชำระเงิน : กรุณาโอนเงินล่วงหน้าก่อนการสัมมนา



ชื่อบัญชี “สมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย”

เลขที่บัญชี 091-0-14031-6 / ธนาคารกรุงไทย/ สาขารัชดาภิเษก-ห้วยขวาง/ออมทรัพย์

กรุณาแฟกซ์ Pay-in พร้อมระบุชื่อ -นามสกุล (ผู้ร่วมสัมมนา)

LINE@ cmat



### 4. กรุณาส่งแบบตอบรับมาที่

สำนักงานสาขาลาดพร้าว 302/53 ซอยลาดพร้าว 71 ถนนลาดพร้าว

แขวงคลองเจ้าคุณสิงห์ เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10320

08 6330 0309

cmat

thaicmat

info@cmat.or.th

สมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย โทรศัพท์./โทรสาร. 02-931-2246

ติดต่อสอบถาม : คุณออย ( 086-330-0309 ) , E-mail : oil\_Chelation@hotmail.com