

Exhibition Form

แบบฟอร์มร่วมออกบูธ (Exhibition Form)

การฝึกอบรมเรื่อง “คีเลชั่นบำบัด Chelation Therapy” ครั้งที่ 16
ระหว่างวันที่ 17-19 พฤษภาคม 2560

ณ ห้องพานอรามา 1 ชั้น 14 โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ ถ.รัชดาภิเษก กรุงเทพฯ



THE EMERALD HOTEL
BANGKOK



CHELATION
17th-19th MAY 2017
@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)

4. กรุณาส่งแบบตอบรับมาที่

สำนักงานสาขาลาดพร้าว 302/53 ซอยลาดพร้าว 71 ถนนลาดพร้าว

แขวงคลองเจ้าคุณสิงห์ เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10320

สมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย โทรศัพท์./โทรสาร. 02-931-2246

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

08 6330 0309

chelation_cmat

thaicmat

info@cmat.or.th