

แบบฟอร์มจองห้องพัก งานประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 12 พ.ศ. 2565

สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์(ไทย)

วันที่ 3-5 สิงหาคม 2565 ณ โรงแรม เดอะ ซายน์ พัทยา จ.ชลบุรี

**กรุณาส่งห้องพักโดยตรงกับทางโรงแรม**

1. โรงแรมและแบบห้องที่ท่านต้องการเข้าพัก



โรงแรม เดอะ ซายน์ พัทยา จ.ชลบุรี จำนวน 400 ห้อง

<input type="checkbox"/> Superior	2,200 บาท/ห้อง/คืน (เดี่ยว/คู่)	รวมอาหารเช้า 2 ท่าน
<input type="checkbox"/> One bedroom suite	4,000 บาท/ห้อง/คืน (เดี่ยว/คู่)	รวมอาหารเช้า 2 ท่าน
<input type="checkbox"/> Premium Vila	2,800บาท/ห้อง/คืน (เดี่ยว/คู่)	รวมอาหารเช้า 2 ท่าน
<input type="checkbox"/> ท่านที่ 3	1,000 บาท/ห้อง/คืน	รวมอาหารเช้า



โรงแรม การ์ เด็น ซีวิว พัทยา จ.ชลบุรี จำนวน 100 ห้อง

<input type="checkbox"/> Superior	1300 บาท/ห้อง/คืน (เดี่ยว/คู่)	รวมอาหารเช้า 2 ท่าน
<input type="checkbox"/> ท่านที่ 3	700 บาท/ห้อง/คืน	รวมอาหารเช้า

**การจองห้องพัก** ส่งแบบฟอร์มการจองห้องพัก ภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2565  
ได้ที่ aoyy\_nira@hotmail.com โทร 08-1391-8864

**การชำระเงิน** กรุณาชำระเงินค่าห้องพักภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2565  
ชื่อบัญชี บริษัทอัญชลิวัน จำกัด ธนาคารกสิกรไทย สาขาบางเกลือ  
เลขที่บัญชี 009-1-27539-2  
กรณีชำระค่าห้องพักแล้วทางโรงแรมไม่รับคืนห้องพักและคืนเงินทุกกรณี

**หมายเหตุ**

- เด็กสูงไม่เกิน 120 เซนติเมตร พักฟรีพร้อมอาหารเช้า / เด็กสูง 120-150 เซนติเมตร ค่าอาหารเช้าเด็ก 300 บาท
- Check in เวลา 14.00 น. Check out 12.00 น.
- สามารถจองห้องพักได้ภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2565 หรือจนกว่าจะเต็ม

2. วันที่ต้องการเข้าพัก จำนวนห้อง.....ห้อง จำนวนคืน.....คืน  
วันที่เข้าพัก.....สิงหาคม 2565 วันที่ออกจากที่พัก.....สิงหาคม 2565

3. ข้อมูลผู้เข้าพัก (กรุณาเขียนตัวบรรจงและชัดเจน)

ชื่อ-สกุล .....  
 ชื่อ-สกุล .....  
 ชื่อ-สกุล .....  
 ชื่อ-สกุล .....  
 สถานที่ปฏิบัติงาน .....  
 โทรศัพท์ ..... มือถือ.....อีเมลล์.....  
 ผู้ประสานงาน ชื่อ-สกุล.....มือถือ .....

4. ที่อยู่ที่ต้องการให้ออกใบกำกับภาษี (กรุณาเขียนตัวบรรจงและชัดเจน)

นามออกใบกำกับภาษี.....  
 ที่อยู่ออกใบกำกับภาษี.....  
 ถนน ..... ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์ .....  
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....