The Thai Cleft Lip-Palate and Craniofacial Association
สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะ แห่งประเทศไทย

แบบตอบรับสนับสนุน

การจัดประชุมวิชาการสมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย ประจำปี 2556 ครั้งที่ 16

****

ชื่อ (หน่วยงาน/ห้างร้าน/บริษัท)..

ขอสนับสนุนการจัดประชุม ☐ Standard Sponsor ราคา 12,000 บาท

จำนวน.................บูธ

☐ Gold Sponsor ราคา 100,000 บาท

☐ Platinum Sponsor ราคา 200,000 บาท

☐ Main Sponsor ราคา 300,000 บาท

โดยได้โอนเงินสนับสนุนไปที่บัญชีสมาคมฯ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ 4390621188 ชื่อบัญชี สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่................... หลังโอนเงินแล้ว กรุณาส่งสลิปการโอนเงินไปที่อีเมล์สมาคมฯ คือ thaicleft@gmail.com เพื่อดำเนินการต่อไป

และประสงค์ให้ออกใบสำคัญรับเงินในนาม..
ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จคือ..
....

***********************ด้วยความขอบคุณ***********************

งานเลขาธิการสมาคมฯ:
ผศ.นพ.ศรัณย์ วรศักดิ์วุฒิพงษ์ โทรศัพท์ 083-6549491,
คุณสุธีรา ประดับวงษ์ 081-2638951
Email: thaicleft@gmail.com