

ใบแสดงความจำนงสมัครเป็นสมาชิก “พุทธชินราชเวชสาร”

Subscription Form

หมายเลขสมาชิก..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
Member Number.....

ชื่อ-สกุล.....
(Name-Surname)

ที่อยู่สำหรับจัดส่งหนังสือ.....
(Address for sending journal)

รหัสไปรษณีย์..... e-mail address.....
(Zip code)

โทร./โทร. เคลื่อนที่.....
(Tel/Mobile)

มีความประสงค์ สมัครใหม่ (new) ต่ออายุสมาชิก (renew)
ประเภทสมาชิก รายปี 500 บาท ราย 2 ปี 900 บาท
1 year (500 baht) 2 years (900 baht)

ต้องการรับวารสาร ตั้งแต่ปีที่..... ฉบับที่..... พ.ศ.....
(Issue needed) (Volume) (Number) (Year)

การชำระเงิน (Payment Information) โอนเงินเข้าบัญชี “พุทธชินราชเวชสาร”

ธนาคารกรุงไทย สาขาโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 985-5-87247-9

หลักฐานชำระเงิน

ชำระเป็น เงินสด (cash) เช็ค (cheque) ธนาณัติ (money order) อื่น ๆ (other).....

จำนวนเงิน.....บาท (Amount.....baht)

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....
(Subscription receipt in name)

ได้รับเงินแล้วจำนวน.....บาท

ออกใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่..... ลงวันที่.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่) ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

*ส่งโทรสารสำเนาใบโอนเงินที่ “บรรณาธิการพุทธชินราชเวชสาร” 0-5527-0300 ต่อ 21405 หรือทางอีเมล:
rungarun100133@hotmail.com

*Please fax back the Bank-in Slip to 0-5527-0300 ext 21405 or email to: rungarun100133@hotmail.com