

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)

เงินสด (cash)
 โอนเงินเข้าบัญชี “สุชาติ พรเจริญพงศ์ นพวรรณ เจียรพิรพงศ์ จุฬาลักษณ์ แสงสว่าง พุทธชินราชเวชสาร”
ธนาคารกรุงเทพ สาขาพิษณุโลก บัญชีเงินฝาก
สะสมทรัพย์ เลขที่บัญชี 263-5-34099-1* เป็นเงิน.....บาท
(Direct debit A/C name “Buddhachinaraj Medical Journal” Bangkok Bank branch Phitsanulok, A/C
No. 263-5-34099-1* (Amount)..... (baht)
 อื่น ๆ
(Other)

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

ได้รับเงินแล้วจำนวน.....บาท
ออกใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่..... ลงวันที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่) ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน

*ส่งโทรสารสำเนาใบโอนเงินที่ “บรรณาธิการพุทธชินราชเวชสาร” 0-5527-0300 ต่อ 21405 หรือทางอีเมล:
sarinee.lib265@gmail.com

*Please fax back the Bank-in Slip to 0-5527-0300 ext 21405 or email to: sarinee.lib265@gmail.com