



หนังสือการตรวจห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์การนอนหลับ

ใบสั่งซื้อ

ชื่อผู้ซื้อ () นาย () นาง () นางสาว.....อายุ.....ปี

จำนวนที่สั่ง.....เล่ม จำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท (ราคาเล่มละ 400 บาทรวมค่าจัดส่งในประเทศ)

ที่อยู่ที่ส่งหนังสือ

() โรงพยาบาล.....

() บริษัท.....

() บ้าน

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง.....

เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

วิธีการสั่งซื้อ กรอกแบบฟอร์มใบสั่งซื้อพร้อมหลักฐานการชำระเงิน แจ้งมายัง E-mail ของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย < sleepSST@gmail.com >

วิธีการชำระเงิน

() โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชีสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 209-3-04000-0 สาขาสวนจตุจักร

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อความสะดวกในการติดต่อและเก็บรักษาข้อมูล