



# หนังสือการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์การหลับ ใบสั่งซื้อ

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

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

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