



หนังสือการนอนหลับในผู้สูงอายุ

ใบสั่งซื้อ

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

จำนวนที่สั่ง.....เล่ม จำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท

ราคาเล่มละ 250 บาท (**ไม่รวมค่าจัดส่ง**) ค่าจัดส่งในประเทศ 50 บาท ต่อเล่ม

ที่อยู่จัดส่งหนังสือ

() 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