

**หนังสือAtlas & Practice of Sleep Medicine**

**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 ของสมาคมโรคจากการหลับแห่ง ประเทศไทย < sleepSST@gmail.com >

**วิธีการชำระเงิน**

 ( ) โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชีสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

 บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 209 – 3 – 04000 – 0 สาขาสวนจตุจักร

**ลงชื่อ**.......................................................................

 (...............................................................................)

 **วันที่**..........................................................................

**หมายเหตุ** : กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อความสะดวกในการติดต่อและเก็บรักษาข้อมูล