



Two Days in Cardiology

Co-organized by The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King and The Society of Thoracic Surgeons of Thailand

30 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขอเชิญชวนเข้าร่วมการประชุมวิชาการ 27th Two Days in Cardiology

เรียน แพทย์สมาชิกสมาคมฯ แพทย์ผู้สนใจ และบุคลากรทางการแพทย์ ทราบ

สิ่งที่ส่งมาด้วย - รายละเอียดพร้อมแบบฟอร์มการลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม จำนวน 1 ชุด

ด้วย สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย ร่วมกับ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จะจัดการประชุม 27th Two Days in Cardiology ระหว่างวันที่ 9-11 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ณ โรงแรมดุสิต เชียงราย ในการจัดประชุมวิชาการครั้งนี้ คณะกรรมการจัดการประชุมฯ ได้ทำการเชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในสาขาวิชาการต่างๆ ด้านโรคหัวใจ มาร่วมเป็นวิทยากร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความก้าวหน้า วิทยาการใหม่ๆ ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้แก่แพทย์โรคหัวใจ แพทย์ผู้สนใจ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวข้องในด้านนี้ได้รับรู้ และนำไปใช้ประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจต่อไป

ทางคณะกรรมการจัดการประชุมฯ มีความประสงค์ขอเรียนเชิญท่านสมาชิกทั้ง 2 สมาคมฯ แพทย์ผู้สนใจทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจ สมัครลงทะเบียนเข้าร่วมการประชุมฯ (ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้) โดยการประชุมในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการประชุมสามารถเข้าร่วมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบทางราชการจากต้นสังกัด แต่ทั้งนี้ต้องได้รับการอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว (ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0409.6/ว122 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2545)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ คณะผู้จัดการประชุมฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความสนใจ และร่วมมือจากท่านสมาชิก แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ด้วยดีดังเช่นเคย

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์ทวิศักดิ์ โชติวัฒนพงษ์)

ประธานการจัดงานประชุม 27th Two Days in Cardiology



27th Two Days in Cardiology

9-11 ธันวาคม 2560

ณ โรงแรมดุสิต เชียงราย

รายละเอียดในการลงทะเบียนเข้าร่วมการประชุม

(กรุณาอ่านรายละเอียดทั้งหมดก่อนลงทะเบียน)

การลงทะเบียน การจองโรงแรมที่พัก ของการประชุม 27th Two Days in Cardiology เพื่อให้เป็นระเบียบเรียบร้อย และป้องกันปัญหาที่จะตามมา คณะผู้จัดการประชุมฯ ต้องขอความร่วมมือจากผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมฯทุกท่าน ให้ปฏิบัติตามกติกาที่ได้กำหนดไว้

วิธีปฏิบัติ

- ผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมฯทุกท่าน ต้องกรอกรายละเอียดในใบลงทะเบียนให้ชัดเจนครบถ้วน และเซ็นชื่อสมัครด้วยตัวเอง มิฉะนั้นจะถือว่าใบลงทะเบียนของท่านไม่ผ่าน ถ้าท่านใดมีบริษัทให้การสนับสนุนกรุณาใส่ชื่อบริษัทมาด้วย **ลงทะเบียนประเภทที่ 1-6 สิทธิที่ได้รับ** เอกสารประกอบการบรรยายและของที่ระลึก, อาหารกลางวัน และอาหารว่างระหว่างการประชุม, เสื้อกีฬา 1ตัว และ บัตรเข้าชมงานเลี้ยงอาหารค่ำ ณ โรงแรมดุสิต เชียงราย)
- การจองห้องพัก** ผู้ที่มีสิทธิจองห้องพักได้จะต้องผ่านการลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมแล้ว
- วิธีการชำระเงิน**
 - เงินสด (ชำระที่สมาคมแพทย์โรคหัวใจ ห้ามส่งทางไปรษณีย์)
 - เช็คสั่งจ่าย "Two Days in Cardiology" เช็คต่างจังหวัดเพิ่มค่าธรรมเนียมธนาคาร 30 บาท
 - โอนเงินผ่านทางธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรีตัดใหม่ เลขที่ 041-0-035254 ชื่อบัญชี "Two Days in Cardiology" สำหรับต่างจังหวัดค่าธรรมเนียมการโอนเงินท่านต้องเป็นผู้รับผิดชอบ และเมื่อโอนเงินแล้วกรุณาส่งสำเนาการโอนเงินมาที่ 02718-0065 ถ้าท่านไม่ทำการส่งสำเนาการโอนเงินมาให้ทางคณะกรรมการฯ จะถือว่าท่านไม่ได้รับการลงทะเบียน (ข้อ 3.2 ให้นำมาชำระที่สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย หรือ ส่งไปรษณีย์ลงทะเบียน)

1. อัตราค่าลงทะเบียน

ประเภทการลงทะเบียน	ราคา ก่อน 31 ต.ค. 60	ราคา ตั้งแต่ 1 พ.ย. 60	ราคา หน่วยงาน 9-11 ธ.ค. 60
1. สมาชิก 2 สมาคมฯ อายุ 65 ปี ขึ้นไป	-	-	500 บาท
2. สมาชิก 2 สมาคมฯ	3,500 บาท	4,000 บาท	4,500 บาท
3. แพทย์ทั่วไป	4,000 บาท	4,500 บาท	5,000 บาท
4. Resident, Fellow	3,000 บาท	3,500 บาท	4,000 บาท
5. พยาบาล, เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์	3,000 บาท	3,500 บาท	4,000 บาท
6. บริษัทเวชภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์	4,000 บาท	4,500 บาท	5,000 บาท

- อัตราบัตรเข้าชมงานเลี้ยงอาหารค่ำ ในวันที่ 10 ธันวาคม 2560 (ผู้ติดตามเด็กและผู้ใหญ่) ท่านละ 500 บาท
- รายชื่อโรงแรมที่พัก และอัตราค่าโรงแรมที่พัก (ส่งใบจองห้องพักพร้อมชำระเงินมัดจำ 1 คืน)
- เสื้อกีฬา ราคา ตัวละ 250 บาท

ชื่อโรงแรม	ประเภทห้อง	ราคารวมอาหารเช้า/ห้อง/คืน
Dusit	Deluxe	4,000.00
	Landmark Suite	5,000.00
	LandMark Family	6,000.00
	Island Suite	6,000.00
	Extra Bed	1,500.00
Le Meridian	Deluxe	6,000.00
	Extra Bed	1,500.00
Wiang INN	Deluxe Room	2,300.00
	Superior Room	2,000.00
	Extra Bed	1,200.00

เริ่มเปิดรับการลงทะเบียน ตั้งแต่วันที่ 3 กรกฎาคม 2560

ที่สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศุนย์วิจัย

*** การลงทะเบียน และการสำรองห้องพักจะมีผลเมื่อท่านได้ชำระเงินเรียบร้อยแล้ว ***

ติดต่อสอบถามได้ที่ 02-718-0060



โปลงทะเบี่ยน 27th Two Days in Cardiology
9-11 ธันวาคม 2560 ณ โรงแรมดุสิต เชียงราย
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องกรอกรายละเอียดของการลงทะเบียนให้ชัดเจน และครบถ้วน)

รายละเอียดผู้สมัคร

(ภาษาอังกฤษ) Name Last Name

(ภาษาไทย) ชื่อ..... นามสกุล

วิชาชีพ หรือสาขาวิชา เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์

ที่อยู่ติดต่อได้

สะดวก.....

..... รหัสไปรษณีย์.....

โทร. แฟกซ์ e-mail

1. อัตราค่าลงทะเบียน

ประเภทการลงทะเบียน	ราคา ก่อน 31 ต.ค. 60	ราคา ตั้งแต่ 1 พ.ย. 60	ราคานางาน 9-11 ธ.ค.60	เข้าร่วม Dinner 10/12/60
<input type="checkbox"/> 1. สมาชิก 2 สมาคมฯ อายุ 65 ปี ขึ้นไป	-	-	500 บาท	<input type="checkbox"/> ประสงค์เข้าร่วมงาน
<input type="checkbox"/> 2. สมาชิก 2 สมาคมฯ	3,500 บาท	4,000 บาท	4,500 บาท	
<input type="checkbox"/> 3. แพทย์ทั่วไป	4,000 บาท	4,500 บาท	5,000 บาท	
<input type="checkbox"/> 4. Resident, Fellow	3,000 บาท	3,500 บาท	4,000 บาท	<input type="checkbox"/> ไม่ประสงค์เข้าร่วมงาน
<input type="checkbox"/> 5. พยาบาล, เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์	3,000 บาท	3,500 บาท	4,000 บาท	
<input type="checkbox"/> 6. บริษัทเวชภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์	4,000 บาท	4,500 บาท	5,000 บาท	
รวมเงินค่าลงทะเบียน				

2. ผู้ติดตามต้องการเข้าร่วมงานเลี้ยงอาหารค่ำ(10/12/60) จำนวน ท่านท่านละ 500 บาทรวมเป็นจำนวนเงิน บาท

3. การจองห้องพัก

ชื่อโรงแรม	ประเภทห้อง	ราคารวมอาหารเช้า/ห้อง/คืน	จำนวนห้อง	วันเข้าพัก
Dusit	Deluxe	4,000.00		In.....Out.....
	Landmark Suite	5,000.00		In.....Out.....
	LandMark Family	6,000.00		In.....Out.....
	Island Suite	6,000.00		
	Extra Bed	1,500.00		In.....Out.....
Le Meridian	Deluxe	6,000.00		In.....Out.....
	Extra Bed	1,500.00		In.....Out.....
Wiang INN	Deluxe Room	2,300.00		In.....Out.....
	Superior Room	2,000.00		In.....Out.....
	Extra Bed	1,200.00		In.....Out.....
รวมจำนวนเงิน	จำนวนห้อง.....ห้องXจำนวนคืนที่พัก.....คืนXราคาห้อง.....บาท=.....บาท			

4. เสื้อกีฬา ตัวละ 250 บาท จำนวน.....ตัว เป็นเงินบาท

5. รวมยอดเงิน ① + ② + ③ + ④ =บาท

ชำระเงินเป็น เช็คธนาคาร.....เลขที่.....ลงวันที่.....

เงินสด โอนเงิน ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรีตัดใหม่ เลขที่ 041-0-035254 ชื่อบัญชี "Two Days in Cardiology" สำหรับต่างจังหวัดค่าธรรมเนียมการโอนเงินท่านต้องเป็นผู้รับผิดชอบและเมื่อโอนเงินแล้วกรุณาส่งสำเนาการโอนเงินมาที่ 02718-0065 ถ้าท่านไม่ทำการส่งสำเนาการโอนเงินมาให้ทางคณะกรรมการฯ จะถือว่าท่านไม่ได้รับการลงทะเบียน

ลายเซ็น.....ผู้ลงทะเบียน

บริษัท ที่ให้การสนับสนุน (ถ้ามี)

ติดต่อที่คุณ โทร. Mobile.....