

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ
สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ “สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย”

โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง [] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

First Name / Last Name

ตำแหน่งทางวิชาการ...../ ระดับชั้นข้าราชการ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

คุณวุฒิ วว. อายุรศาสตร์ วว. ศัลยศาสตร์ อื่นๆ ระบุ.....

2. ท่านปฏิบัติงานด้านการส่องกล้องโรคระบบทางเดินอาหาร

[] น้อยกว่า 20% ของเวลาทำงาน [] 20-50% ของเวลาทำงาน [] มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน

3. ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้)บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

4. ที่ทำงาน.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ [] บ้าน [] ที่ทำงาน email – address.....

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯครั้งนี้ คือ

1.).....

2.).....

การสมัครสมาชิก สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย (TAGE) ประกอบด้วย

1. ใบสมัครสมาชิกฯ

2. ค่าสมัครสมาชิกฯ (ตลอดชีพ)จำนวน 1,500.00 บาท

สถานที่รับสมัคร

<p>สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย ตึกพร้อมพันธุ์ชั้น 3 ห้อง 306 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตึกพร้อมพันธุ์ชั้น 3 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-2564392, แฟกซ์ 02-2527839 email : gest_society@yahoo.com</p>
--

หมายเหตุ: ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯแล้วเท่านั้น

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเงินเป็นค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพแล้ว เป็นเงิน 1,500.00 บาท(=หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน=) ซึ่ง ข้าพเจ้า

ได้ชำระเป็น [] เงินสด

[] เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ : สำหรับการสมัครในปีแรกของการจัดตั้งสมาคม (ปี พ.ศ.2548 – 2549 : ไม่ต้องมีผู้รับรอง) และท่านสามารถส่งใบสมัครเพื่อพิจารณาเป็นสมาชิกในปี พ.ศ.2548 - 2549 ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่จะไม่ได้รับสิทธิ์ทำสมาชิกตลอดชีพ เช่น สิทธิ์ในหนังสือที่แจก ส่วนลดสำหรับการเข้าร่วมประชุมที่จัดโดยสมาคม