

แบบสำรองห้องพักการประชุมวิชาการด้านเภสัชบำบัดโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

Patient safety and trigger tools in antiretroviral and anti-tuberculosis therapy

วันที่ 29 พ.ย. – 1 ธ.ค. 2560 ณ ห้องรัตนโกสินทร์-สุขทัย จัดโดย สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)

1. ชื่อผู้เข้าพัก

นาย นาง นางสาว _____ นามสกุล _____

สถานที่ทำงาน _____

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ หมายเลขผู้เสียภาษี _____

โทรศัพท์มือถือ _____ แฟกซ์ _____ E-mail _____

1.1 ชื่อผู้เข้าพัก

นาย นาง นางสาว _____ นามสกุล _____

สถานที่ทำงาน _____

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ หมายเลขผู้เสียภาษี _____

โทรศัพท์มือถือ _____ แฟกซ์ _____ E-mail _____

2. วันเข้าพัก (Check in time 2:00 p.m. And Check out time 12:00 p.m.)

เข้าพักวันที่ (Arrival Date) _____ ออกวันที่ (Departure Date) _____

3. การจองห้องพัก

- 3.1 กรุณาส่งแบบสำรองห้องพัก ถึง คุณดวงพร เปรมฤทธิ ที่ E-mail : duangporn@naraihotel.co.th หรือ Fax 02-635-7058 (เลือกส่งทางใดทางหนึ่ง)
- 3.2 กรุณาตรวจสอบผลการส่งเอกสารที่เบอร์ 0-2237-0100 ต่อ 8184 (หลังจากส่งเอกสารผ่านเรียบร้อยแล้ว)
- 3.3 กรุณาออกการยืนยันเอกสารทาง E-mail และเอกสารที่ถูกยืนยันจะต้องมีลายเซ็นพนักงาน และประทับตรา
- 3.4 กรณีต้องการยกเลิกการสำรองห้องพัก ผู้เข้าพักต้องส่งโทรสารเพื่อแจ้งยกเลิกห้องพักล่วงหน้า 7 วันด้วยตนเอง
- 3.5 กรุณาส่งแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก โดยด่วนที่สุด ภายในวันที่ 10 พฤศจิกายน 2560

4. ราคาห้องพัก (ห้องพักแบบสแตนดาร์ด)

- ห้องเดี่ยว (อาหารเช้า 1 ที่) ราคา 1,400 บาท _____ ห้อง _____ คืน
- ห้องคู่ (อาหารเช้า 2 ที่) ราคา 1,600 บาท _____ ห้อง _____ คืน
- ห้องคู่+เตียงเสริม (อาหารเช้า 3 ที่) ราคา 2,400 บาท _____ ห้อง _____ คืน
- ประสงค์ให้โรงแรมจัดหาคู่ให้ _____ ห้อง _____ คืน

5. การชำระเงินค่าห้องพัก

- 5.1 ชำระด้วยเงินสด หรือบัตรเครดิต ในวันที่เข้าพัก (ไม่ต้องโอนเงินมาก่อน)
- 5.2 กรณีชำระด้วยบัตรเครดิต ทางโรงแรมไม่มีค่าธรรมเนียมการใช้บัตร