

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการคอร์สพื้นฐาน (Basic Course) สำหรับหลักสูตร ประกาศนียบัตรการฝึกอบรมระยะสั้น

การประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาประจำปี 2562

(Short Course Training Certification in Adverse Drug Reaction Monitoring 2019)

วันที่ 25-29 พฤศจิกายน 2562 ณ ห้องบอลรูม โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพฯ

จัดโดยสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล

1. ชื่อผู้เข้าพัก (ท่านที่ 1) : **ทางโรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ ในการเปลี่ยนแปลง แก้ไขใบเสร็จทุกกรณี ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ระบุใบใบเสร็จ**

นาย นาง นางสาว _____ นามสกุล _____

รายละเอียดในการออกใบเสร็จ : สถานที่ทำงาน (**กรุณาระบุให้ชัดเจน**)

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ หมายเลขผู้เสียภาษี (หน่วยงาน) _____

โทรศัพท์มือถือ _____ โทรศัพท์หน่วยงาน _____ E-mail _____

1.1 ชื่อผู้เข้าพัก (ท่านที่ 2) : **ทางโรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ ในการเปลี่ยนแปลง แก้ไขใบเสร็จทุกกรณี ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ระบุใบใบเสร็จ**

นาย นาง นางสาว _____ นามสกุล _____

รายละเอียดในการออกใบเสร็จ : สถานที่ทำงาน (**กรุณาระบุให้ชัดเจน**)

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ หมายเลขผู้เสียภาษี (หน่วยงาน) _____

โทรศัพท์มือถือ _____ โทรศัพท์หน่วยงาน _____ 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 (**กรุณาส่งแบบฟอร์มภายในวันที่ 5 พฤศจิกายน 2562 เท่านั้น**)

3.1 กรุณาส่งแบบสำรองห้องพัก ถึง คุณอุษาพร บุญเกิด ที่ E-mail : usaporn.sa@naraihotel.co.th

3.2 กรุณาตรวจสอบผลการส่งเอกสารที่เบอร์ 0-2237-0100 ต่อ 7909 (หลังจากส่งเอกสารผ่านเรียบร้อยแล้ว)

3.3 กรุณากรอกรายชื่อยืนยันเอกสารทาง E-mail และเอกสารที่ถูกยืนยันจะต้องมีลายเซ็นพนักงาน และประทับตรา

3.4 กรณีต้องการยกเลิกการสำรองห้องพัก ผู้เข้าพักต้องส่งเอกสารทาง E-mail เพื่อแจ้งยกเลิกห้องพักล่วงหน้า 7 วันด้วยตนเอง

3.5 กรุณาส่งแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก โดยด่วนที่สุด

4. ราคาห้องพัก (ห้องพักแบบสแตนดาร์ด)

ห้องเดี่ยว (อาหารเช้า 1 ที่) ราคา 1,400 บาท _____ ห้อง _____ คืน

ห้องคู่ (อาหารเช้า 2 ที่) ราคา 1,600 บาท _____ ห้อง _____ คืน

ห้องคู่ + เสริมเตียง (อาหารเช้า 3 ที่) ราคา 2,400 บาท _____ ห้อง _____ คืน

5. การชำระเงินค่าห้องพัก

ชำระค่าใช้จ่าย 100% ด้วยเงินสด หรือโอนเงิน (ภายใน 3 วันทำการ หลังจากทางโรงแรมฯ ส่งแบบฟอร์มตอบกลับ)

เพื่อยืนยันการจองห้องพัก **ชื่อบัญชี บจ. นารายณ์โฮเต็ล ธนาคารกรุงเทพ สาขา สีสม เลขที่บัญชี 118-4-52554-9**

(กรุณาตรวจสอบยอดเงินก่อนดำเนินการชำระ เนื่องจากทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี)

ชำระเงิน 100% ณ วันเข้าพัก หากลูกค้าไม่สามารถเข้าพักได้ตามวันที่ระบุไว้ ลูกค้ายินดีที่จะชำระค่าใช้จ่ายเต็มจำนวนให้กับทางโรงแรมฯ โดยไม่มีเงื่อนไข

** กรณีลูกค้ายกเลิกห้องพัก น้อยกว่า 7 วันของวันที่เข้าพัก ลูกค้ายินดีที่จะชำระค่าใช้จ่ายเต็มจำนวนให้กับทางโรงแรมฯ โดยไม่มีเงื่อนไข **