

# The 1<sup>st</sup> Heart Care Heart International Symposium

## Hyatt Regency Hua Hin

### Registration Form

(for Staff only)

Reg. No.: \_\_\_\_\_

#### รายละเอียดผู้สมัคร

(กรุณาพิมพ์ / เขียนตัวบรรจงให้ชัดเจนทั้งชื่อและนามสกุล ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย)

(ภาษาอังกฤษ) First Name ..... Last Name ..... (สำหรับทำ Badge)

(ภาษาไทย) ชื่อ ..... นามสกุล .....

สถานที่ทำงาน .....

ที่อยู่ .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทร..... มือถือ ..... Fax .....

E-mail ..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ .....

#### รายละเอียดผู้ติดตาม

1. (ภาษาอังกฤษ) First Name ..... Last Name .....

(ภาษาไทย) ชื่อ ..... นามสกุล .....

2. (ภาษาอังกฤษ) First Name ..... Last Name .....

(ภาษาไทย) ชื่อ ..... นามสกุล .....

#### อัตราค่าลงทะเบียน

<b>Main Congress</b>	ภายในวันที่ 20 มกราคม 2555	ภายในวันที่ 21 มกราคม-20 กุมภาพันธ์ 2555	วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2555 เป็นต้นไป
แพทย์	๘,๐๐๐ บาท	๑๐,๐๐๐ บาท	๑๒,๐๐๐ บาท
พยาบาล / perfusionist	๔,๐๐๐ บาท	๕,๐๐๐ บาท	๖,๐๐๐ บาท

#### Pre-Symposium Sessions

รับจำนวนจำกัด เฉพาะท่านที่ลงทะเบียน Main Congress แล้วเท่านั้น

Echo by the Beach 2011      รับเพียง 40 ท่านเท่านั้น

Sea, Sand and the Mitral Valve      รับเพียง 30 ท่านเท่านั้น

ค่าลงทะเบียน

๒,๐๐๐ บาท

๒,๐๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน

บาท

Section II Accommodations	Room Type	Room Charge/Night
<b>Hotel A</b>	<input type="checkbox"/> Guest Room <input type="checkbox"/> Double / Twin	๖,๐๐๐ บาท

<b>Hyatt Regency หัวหิน</b>	<input type="checkbox"/> Single	
	<input type="checkbox"/> Regency Room <input type="checkbox"/> Double / Twin <input type="checkbox"/> Single	๕,๐๐๐ บาท
<b>Hotel B วรบูรระ หัวหิน</b>	<input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Double / Twin <input type="checkbox"/> Single	๔,๐๐๐ บาท
	<input type="checkbox"/> Deluxe <input type="checkbox"/> Double / Twin <input type="checkbox"/> Single	๔,๕๐๐ บาท
Check in *	Date .....	Time .....
Check out *	Date .....	Time .....
	Total room night payable	..... night
	รวมเป็นเงิน	..... บาท
<b>Total amount to be paid</b>		..... บาท

\*Check in time 14.00 hr. Check out time 12.00 hr.

### วิธีชำระเงิน

โอนเข้าธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาโรงพยาบาลราชวิถี ชื่อบัญชี **ประชุมวิชาการนานาชาติ CDI Heart Disease**  
บัญชีออมทรัพย์เลขที่ **051-260422-7**

(เมื่อโอนเงินเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้ว กรุณาส่ง **fax ไป pay-in slip มาที่ 02 5918943**)

เช็คขีดคร่อมส่งจ่าย ประชุมวิชาการนานาชาติ CDI Heart Disease

บริษัทที่ให้การสนับสนุน ..... ชื่อผู้แทน .....

โทรศัพท์..... มือถือ ..... แฟกซ์ / email .....

ลงชื่อ ..... (ผู้ลงทะเบียน)

**หมายเหตุ**    ข้อกำหนดในการขอยกเลิกการลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม (สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม)

- ท่านจะต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรมายังสำนักงานเลขานุการประชุมภายในวันที่ 20 มกราคม 2555 จึงจะได้รับเงินค่าลงทะเบียนคืน 50% ภายใน 30 วันหลังเสร็จสิ้นการประชุม

- หากท่านแจ้งยกเลิกหลังจากวันที่กำหนดไว้ จะไม่ได้รับการคืนเงินค่าลงทะเบียน

กรุณากรอกแบบฟอร์มลงทะเบียนให้ครบถ้วนและถูกต้องเพื่อประโยชน์แก่ตัวท่านเอง และส่งทางโทรสาร (Fax) หรือ email มาที่ [info@cdiheartdisease.org](mailto:info@cdiheartdisease.org)