



สมาชิกเลขที่

## ใบสมัครสมาชิก สมาพันธ์การแพทย์แผนไทยล้านนา

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... ตำแหน่ง.....  
ชื่อองค์กร/บริษัท/ร้าน.....สมาชิกในองค์กรมีจำนวน.....คน  
วัตถุประสงค์และกิจกรรมขององค์กรคือ.....  
.....  
ผลิตภัณฑ์หรือบริการขององค์กร/บริษัท คือ .....  
ที่อยู่ติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....  
Line.....E-mail .....เว็บไซต์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกสมาพันธ์ฯ

อัตราค่าสมาชิก

ประเภทสามัญ

1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

พร้อมกันนี้ได้ชำระค่าสมาชิก จำนวน .....บาท

ชำระเงินโดยวิธี

เงินสด

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ทหารไทย จำกัด (มหาชน) สาขา เซ็นทรัลพลาซ่า เชียงใหม่ แอร์พอร์ต

ชื่อบัญชี สมาพันธ์การแพทย์แผนไทยล้านนา เลขที่บัญชี 621 - 2 - 11926 - 4

**หมายเหตุ** กรณีโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร กรุณาส่งสำเนาใบเข้าบัญชี (pay-in-slip) มาถึง e-mail: [lannahealth@gmail.com](mailto:lannahealth@gmail.com) หรือโทรแจ้งฝ่ายงานธุรการสมาพันธ์ฯ

หมายเลขโทรศัพท์ 053-482336, 088-4007936

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)