



สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย  
Thai Association of Orthodontists

ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
www.thaiortho.org E-mail: thaiortho@gmail.com

8 กุมภาพันธ์ 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ออกใบแสดงสินค้าในการประชุมวิชาการครั้งที่ 2/2566

เรียน ท่านผู้จัดการ บริษัท \_\_\_\_\_

เนื่องจากในวันที่ 20-21 กรกฎาคม 2566 สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย จะจัดงานประชุมวิชาการครั้งที่ 2/2566 ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพมหานคร ในงานดังกล่าวจะมีทันตแพทย์เข้าร่วมประชุมประมาณ 400 คน และจะมีการออกใบแสดงสินค้าด้วย ในราคาโต๊ะละ 30,000 บาท จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการออกใบแสดงสินค้าดังรายละเอียดที่แนบมา หรือที่ [www.thaiortho.org](http://www.thaiortho.org)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ด้วยความนับถืออย่างสูง

ทพ. ชัยพล ฉวีวรรณกร โทร. 081-752-9521

ประธานฝ่ายจัดประชุมและประชาสัมพันธ์

**\*บริษัทใดที่ชำระเงินมาก่อนเต็มจำนวน จะได้รับสิทธิเลือกบูธก่อน**

ดูแผนผังบูธได้ที่ [www.thaiortho.org](http://www.thaiortho.org)

# สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย [www.thaiortho.org](http://www.thaiortho.org)

## ใบตอบรับ

เขียนที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

เรียน ประธานฝ่ายจัดประชุมและประชาสัมพันธ์ สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

บริษัท/ห้าง/ร้าน \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

โทร. \_\_\_\_\_

มีความยินดี

- ออกบัตรแสดงสินค้าจำนวน.....โต๊ะ (30,000 บาท ต่อ 1 โต๊ะ)

วันที่ 20 - 21 กรกฎาคม 2566

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

**\*บริษัทใดที่ชำระเงินมาก่อนเต็มจำนวน จะได้รับสิทธิเลือกบัตรก่อน\***

**ดูแผนผังบัตรได้ที่ [www.thaiortho.org](http://www.thaiortho.org)**

### วิธีชำระเงิน

1. โอนเงินมาที่ ชื่อบัญชี “สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย”  
ธนาคารกรุงศรีอยุธยา สาขาสยามสแควร์ เลขที่บัญชี 123-1-16694-5  
โดยวิธีไหนก็ได้ แล้วส่งรูปถ่ายหลักฐานการชำระเงินมาทาง Email: [mochaiyapol@gmail.com](mailto:mochaiyapol@gmail.com)  
และระบุชื่อบริษัท เบอร์โทรศัพท์ ผู้ติดต่อ และ หมายเลขโต๊ะที่ต้องการ
2. จ่ายเงินผ่านบัตรเครดิต online payment จากหน้า website แล้วส่งหลักฐานการชำระเงินมาทาง  
Email: [mochaiyapol@gmail.com](mailto:mochaiyapol@gmail.com) และระบุชื่อบริษัท เบอร์โทรศัพท์ ผู้ติดต่อ และ หมายเลขโต๊ะที่ต้องการ
3. เขียนเช็คสั่งจ่าย “สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย”  
ส่งไปที่ ทพ.รัชพันธ์ พูลทวีเกียรติ  
125/47 หมู่บ้านแมกไม้ ถนนรามอินทรา 103/3 เขตคันนายาว กทม.10230  
แล้วส่งรูปถ่ายหลักฐานการชำระเงินมาทาง Email: [mochaiyapol@gmail.com](mailto:mochaiyapol@gmail.com)  
และระบุชื่อบริษัท เบอร์โทรศัพท์ ผู้ติดต่อ และ หมายเลขโต๊ะที่ต้องการ