



สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย

Thai Association of Orthodontists

ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล ก.โยธี เขตราชเทวี กทม. 10400

www.thaiortho.org E-mail: prinya@yahoo.com โทร: 089-696-2233

### Credit Card Authorization Form

Cardholder's name/surname.....

Card type  VISA  MASTERCARD

Credit Card No. (16 DIGIT NUMBER ON CARD)

-----

Card Issuer Country.....

Card Issuer Name.....

Expiry Date \_\_\_ / \_\_\_

CVV.....(the last three-digit number appearing on signature panel)

I,.....hereby authorize **Thai Association of Orthodontists**, to make charges in the amount of ..... THB  
(.....)

to my Credit Card. I fully understand the payment is non-refundable.

Cardholder's Signature:.....

Date:.....

Please PRINT this form, sign and submit it to Thai Association of Orthodontists. [www.thaiortho.org](http://www.thaiortho.org)  
prinya@yahoo.com