



สมาคมผู้ตรวจสอบและบริหารความปลอดภัยอาคาร
แบบฟอร์มตอบรับเข้าร่วมสัมมนา
"การตรวจสอบความปลอดภัยโรงพยาบาล"

ชื่อ-สกุล

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร

ตำแหน่ง อายุ ปี

โทรศัพท์ โทรสาร

อีเมล

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพวิศวกร เลขสมาชิกสมาคมฯ

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ

1.สมาชิกสมาคมฯ 500 บาท 2.บุคคลทั่วไป 700 บาท (ยกเว้นภาษี ณ ที่จ่าย 3%)

การชำระเงิน

☐ โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา สีแยกศรีวรา กทม. ชื่อบัญชี สมาคมผู้ตรวจสอบและบริหารความปลอดภัยอาคาร เลขที่บัญชี 140-2-35560-9

(กรุณาส่งสำเนาใบนำส่งเงินทาง Fax. 02-184-4613 พร้อมที่อยู่ในการออกใบเสร็จ)

☐ เช็คขีดคร่อม สั่งจ่าย สมาคมผู้ตรวจสอบและบริหารความปลอดภัยอาคาร

☐ เงินสด (ณ ที่ทำการสมาคมฯ ชั้น 3 สงวนสิทธิไม่รับชำระหนี้)

ประสานงาน/ติดต่อสอบถาม คุณจันทร์จิรา โทรศัพท์ 0-2184-4612

กรอกแบบฟอร์ม ส่งมาที่ email:bsa.janjira@gmail.com หรือโทรสาร 0-2184-4613



สมาคมผู้ตรวจสอบและบริหารความปลอดภัยอาคาร
แบบฟอร์มตอบรับเข้าร่วมสัมมนา
"การตรวจสอบความปลอดภัยโรงพยาบาล"

ชื่อ-สกุล

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร

ตำแหน่ง อายุ ปี

โทรศัพท์ โทรสาร

อีเมล

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพวิศวกร เลขสมาชิกสมาคมฯ

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ

1.สมาชิกสมาคมฯ 500 บาท 2.บุคคลทั่วไป 700 บาท (ยกเว้นภาษี ณ ที่จ่าย 3%)

การชำระเงิน

☐ โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา สีแยกศรีวรา กทม. ชื่อบัญชี สมาคมผู้ตรวจสอบและบริหารความปลอดภัยอาคาร เลขที่บัญชี 140-2-35560-9

(กรุณาส่งสำเนาใบนำส่งเงินทาง Fax. 02-184-4613 พร้อมที่อยู่ในการออกใบเสร็จ)

☐ เช็คขีดคร่อม สั่งจ่าย สมาคมผู้ตรวจสอบและบริหารความปลอดภัยอาคาร

☐ เงินสด (ณ ที่ทำการสมาคมฯ ชั้น 3 สงวนสิทธิไม่รับชำระหนี้)

ประสานงาน/ติดต่อสอบถาม คุณจันทร์จิรา โทรศัพท์ 0-2184-4612

กรอกแบบฟอร์ม ส่งมาที่ email:bsa.janjira@gmail.com หรือโทรสาร 0-2184-4613