

ใบสมัครสมาชิก

ชมรมสัตวแพทย์บำบัดโรคแมวแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

ชื่อภาษาอังกฤษ.....

E-mail.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 01-...../25.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

สถานที่ทำงาน.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก / ซอย.....

ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

สถานที่ประกอบการบำบัดโรคสัตว์.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก / ซอย.....

ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

สำเร็จการศึกษาจากคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....ปีการศึกษา.....

สถานที่ติดต่อได้สะดวกคือ ที่บ้าน ที่ทำงาน

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกชมรมสัตวแพทย์บำบัดโรคแมวแห่งประเทศไทย

- ประเภทสมาชิก : สมาชิกทั่วไป ค่าบำรุง 1,500 บาท ตลอดชีพ
(สัตวแพทย์ปริญญာ เป็นสมาชิกของสัตวแพทย์สภา)
- สมาชิกอาวุโส ค่าบำรุง 100 บาท / ปี
(สัตวแพทย์ปริญญา อายุ 60 ปีขึ้นไป)
- สมาชิกสมทบ ค่าบำรุง 100 บาท/ปี
(นิสิต/นักศึกษาสัตวแพทย์)
- ชำระเงินผ่านทาง : เงินสด เช็คสั่งจ่ายในนาม “ชมรมสัตวแพทย์บำบัดโรคแมวแห่งประเทศไทย”
 โอนผ่านบัญชี “ชมรมสัตวแพทย์บำบัดโรคแมวแห่งประเทศไทย”
ธนาคารกรุงเทพ สาขาสี่แยกบางนา เลขที่ 240-0-82481-5
ชำระรวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....

โอนเงินแล้ว กรุณาส่งโทรสารสำเนาใบโอนเงิน พร้อมใบสมัครสมาชิกมายังชมรมฯ เพื่อจัดส่งใบเสร็จรับเงินให้ท่านต่อไป

สำหรับเจ้าหน้าที่

- รับรองในการประชุมกรรมการ.....ลงชื่อ..... (ผู้สมัคร)
ครั้งที่..... (.....) ตัวบรรจง
- ใบเสร็จเลขที่.....ลงชื่อ..... (ผู้รับรอง)
ลงวันที่..... (.....) ตัวบรรจง

ชมรมสัตวแพทย์บำบัดโรคแมวแห่งประเทศไทย

