

เลขที่.....



รูปถ่าย
1 นิ้ว

สมาคมส่งเสริมและสนับสนุนผู้ประกอบการด้านทันตกรรมประเทศไทย ใบสมัครสมาชิก

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25....

ข้าพเจ้า ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมส่งเสริมและสนับสนุนผู้ประกอบการด้านทันตกรรมประเทศไทย ประเภท

- ☐ **สามัญ** (ค่าลงทะเบียนครั้งแรก 200 บาท + ค่าบำรุงปีละ 100 บาท = 300 บาท)
☐ **สามัญตลอดชีพ** (ค่าลงทะเบียนตลอดชีพ 2,000 บาท) ได้แก่ *สมาชิกสามัญที่แจ้งความประสงค์ เป็นสมาชิกตลอดชีพ
☐ ****สมทบ** (ค่าลงทะเบียนครั้งแรก 200 บาท + ค่าบำรุงปีละ 100 บาท = 300 บาท)

กรณีสมาชิกสมทบ ต้องได้รับการรับรองจากสมาชิกสามัญ

ลงลายมือชื่อ) ผู้รับรอง
(.....)

หมายเหตุ 1. *สมาชิกสามัญ ได้แก่ สถานพยาบาลที่มีแผนกทันตกรรมโดยผู้ประกอบการสถานพยาบาล เจ้าของคลินิกทันตกรรม
ทันตแพทย์ ทันตบุคลากรของหน่วยงานดังกล่าว เจ้าของแล็บทันตกรรม ผู้ประกอบการหรือบริษัทที่ทำธุรกิจเกี่ยวกับครุภัณฑ์ทันตกรรม
2. **สมาชิกสมทบ ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับทันตกรรมที่ไม่ใช่ทันตแพทย์ โดยต้องได้รับการรับรองจากสมาชิกสามัญ
3. สมาชิกภาพของสมาชิกจะสิ้นสุดตามปีปฏิทิน

1. ข้อมูลประวัติส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล ☐นาย ☐นาง ☐นางสาว ☐ทพ. ☐ทพญ. ☐อื่นๆ
ภาษาอังกฤษ () Mr. () Ms. () Mrs.
วัน/เดือน/ปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
☐ อื่นๆ ระบุ.....เลขที่.....
ออกโดย.....วันที่หมดอายุ.....

2. สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบัน ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร.....ชั้น.....หมู่บ้าน.....
ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
ที่ทำงาน ตำแหน่ง.....ชื่อสถานที่ทำงาน.....
ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร.....ชั้น.....หมู่บ้าน.....
ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
ที่อยู่ติดต่อ / สำหรับการออกใบเสร็จรับเงิน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่ทำงาน

3. หลักฐานการสมัครสมาชิกสมาคม..... พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครสมาชิกสมาคม.....ฉบับ ดังต่อไปนี้

- ☐ รูปถ่ายปัจจุบัน สีหรือขาวดำ 1 นิ้ว 1 รูป
☐ สำเนาหนังสือเดินทาง หรือเอกสารอื่น (เฉพาะกรณีผู้สมัครมีสัญชาติไทย)
☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
☐ สำเนาการเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล (ถ้ามี)

ข้อมูลการชำระเงิน

☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ เลขบัญชี 421-138490-8 ชื่อบัญชี นางสาวสิรินธร เอกวงศ์ศุภศาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ หรือเปิดเผยได้ตลอดเวลาการเป็นสมาชิกและเมื่อสิ้นสุดการเป็นสมาชิกไปแล้ว

(ลงลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่/...../.....