

แบบฟอร์มการจองห้องพัก

ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

วันที่ 8-11 ธันวาคม 2565 ณ โรงแรม เดอะ ซายน์ พัทยา

โรงแรมและแบบห้องพักที่ต้องการเข้าพัก



- | | | | | |
|--------------------------|---------------------|-------|---------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Superior Room (ROH) | 2,200 | บาท/ห้อง/คืน (เดี่ยว/คู่) | รวมอาหารเช้า |
| <input type="checkbox"/> | Superior Sea View | 2,500 | บาท/ห้อง/คืน (เดี่ยว/คู่) | รวมอาหารเช้า |
| <input type="checkbox"/> | Premium Villa | 2,800 | บาท/ห้อง/คืน (เดี่ยว/คู่) | รวมอาหารเช้า |
| <input type="checkbox"/> | One Bed Room Suite | 4,000 | บาท/ห้อง/คืน (เดี่ยว/คู่) | รวมอาหารเช้า |

หมายเหตุ : ท่านที่ 3 ชำระเพิ่ม 1,000 บาทรวมอาหารเช้า

อาหารเช้าฟรีสำหรับเด็กสูงไม่เกิน 120 เซนติเมตร เด็กสูง 120-150 เซนติเมตร เพิ่ม 300 บาท

การจองห้องพัก

ส่งแบบฟอร์มการจองห้องพักพร้อมชำระเงิน ภายในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2565

ที่ zhsm_1@thezignhotel.com สอบถาม 0-3890-9800-20 ต่อ 7700

การชำระเงิน

ชื่อบัญชี บริษัท อัญชลีวัน จำกัด ธนาคารกสิกรไทย สาขานาเกลือ

เลขที่บัญชี **009-1-27539-2**

กรณีชำระค่าห้องพักแล้วทางโรงแรมฯไม่รับคืนห้องพัก หรือ คืนเงินทุกกรณี

วันที่ต้องการเข้าพัก

จำนวนห้อง.....ห้อง จำนวนคืน.....คืน

วันที่เข้าพัก..... วันที่ออกจากที่พัก.....

ข้อมูลผู้เข้าพัก (กรุณาเขียนตัวบรรจงและชัดเจน)

ชื่อสกุล

ชื่อสกุล

ชื่อสกุล

ชื่อสกุล

สถานที่ปฏิบัติงาน มือถือ

ผู้ประสานงาน ชื่อ สกุล อีเมล

**** หมายเหตุ : ในกรณีหลายห้องสามารถแยกส่งรายชื่อมาเป็นไฟล์ excel ได้ ****

ชื่อที่อยู่ในการออกใบกำกับภาษี (กรุณาเขียนตัวบรรจงและชัดเจน)

ชื่อในใบกำกับภาษี

ที่อยู่

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี