

เฉพาะเจ้าหน้าที่สมาคมฯ

เลขที่สมาชิก ช.

ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่..... เลขที่.....



สัญลักษณ์/
เครื่องหมายชมรม
(ถ้ามี)

1

ใบสมัครสมาชิกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ
ประเภทชมรมหรือเครือข่าย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมโรคเบาหวานฯ โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯ
ทุกประการ ขอแจ้งรายละเอียดของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

๑. ชื่อ (ชมรมหรือเครือข่าย)
๒. สังกัดโรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....
๓. วันที่จัดตั้ง มีสมาชิก จำนวน.....คน
๔. สถานที่ตั้ง (ซึ่งจะติดต่อส่งจดหมายถึงได้)
๕. ชื่อประธาน.....เบอร์ติดต่อ.....
e-mail :
๖. ชื่อรองประธาน.....เบอร์ติดต่อ.....
e-mail :
๗. ชื่อผู้ประสานงานของชมรม.....ตำแหน่ง.....
เบอร์ติดต่อ/มือถือ.....e-mail :
๘. ขอสมัครเป็นสมาชิกประเภทชมรมหรือเครือข่าย ค่าบำรุง 3,000 บาท (มีอายุการเป็นสมาชิก 5 ปี)
๙. ทราบ/ต้องการ เป็นสมาชิกสมาคมโรคเบาหวานฯ จากแหล่งใด (ระบุ)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง ประธานชมรมหรือเครือข่าย

ผู้รับรอง หมายถึง แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ดูแลชมรมหรือเครือข่ายเบาหวาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

สมาชิกสมาคมฯ เลขที่

สมาชิกสมาคมฯ เลขที่

หมายเหตุ : กรณีที่เปลี่ยนแปลงตำแหน่งประธาน ให้แจ้งสมาคมฯ ภายใน 1 เดือน นับตั้งแต่วันแต่งตั้งประธานชมรมใหม่รายละเอียดและสิทธิประโยชน์
ศึกษาจากหน้า 2

(กรุณา กรอกรายละเอียดในการติดต่อกลับให้ชัดเจน เพื่อความสะดวกในการแจ้งข่าวสารและกิจกรรมของสมาคมฯ แก่ท่าน)

สำนักงาน : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ
 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 10 เลขที่ 2 ซอยเพชรบุรี 47 (ซอยศูนย์วิจัย)
 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
 โทรศัพท์ 02-716-5412 โทรสาร 02-716-5411 มือถือ 084-468-0711
 e-mail : info@dmthai.org www.dmthai.org

คุณสมบัติ

1. ต้องเป็นชมรมหรือเครือข่ายเบาหวาน ที่หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เป็นต้นสังกัดรับรอง
2. ค่าสมัครสมาชิก 3,000 บาท มีอายุการเป็นสมาชิก 5 ปี นับตั้งแต่วันที่ยื่นใบสมัครต่อสมาคมฯ

เอกสารประกอบการสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ (ของผู้ที่ยื่นใบสมัคร)

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้รับวารสารเบาหวานปีละ 2 เล่ม (โดยส่งไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่แจ้งไว้ในใบสมัคร)
2. สิทธิการเข้าร่วมประชุมหรือกิจกรรมต่างๆ ของสมาคมฯ ที่จัดขึ้นสำหรับบุคคลทั่วไป ที่เป็นสมาชิก สามารถเข้าร่วม ได้ 2 ท่าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่มีสิทธิในการออกเสียงได้ 1 เสียง

การชำระเงินค่าสมัครสมาชิก โดยการ :

โอนเงิน/เช็คสั่งจ่าย ผ่านธนาคาร ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ประเวศทอมทรัพย์
 ชื่อบัญชี สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ เลขที่บัญชี 016-4-35751-9

****หมายเหตุ** กรุณาส่งใบสมัคร เอกสาร และหลักฐานการโอนเงินมาทาง
 e-mail : info@dmthai.org หรือทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ข้างต้น