



ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม ท.

ชื่อ-นามสกุล

สถานที่ติดต่อได้สะดวก

.....

โทร มือถือ

Credit card authorization

ชื่อบนบัตร

ชนิดบัตร VISA MASTERCARD

หมายเลขบัตร 16 หลัก -----

วันหมดอายุ ___/___ หมายเลข 3 หลักสุดท้ายตรงช่องลายเซ็นด้านหลังบัตร _____

ข้าพเจ้านุญาตให้ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ

ตัดเงินผ่านบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าลงทะเบียนดังต่อไปนี้ จำนวนบาท

(.....)

ลายเซ็นตามบัตร

ลงวันที่.....

แล้ว print , กรอกข้อมูล เช่นชื่อ แล้ว scan ส่งมาที่ thaidentalnet@gmail.com พร้อมรายละเอียดของท่าน

หรือ ส่ง fax มาที่ 02-514-1100

สำหรับฝ่ายทะเบียน

Approval Code

.Date