



การประชุมวิชาการประจำปี 2557 ครั้งที่ 54
สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย และชมรมโรคพาร์กินสันไทย
ระหว่างวันที่ 4-7 มีนาคม 2557
ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น ๑๐ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๖ รอบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ข้าพเจ้า.....
บริษัท.....
ที่อยู่.....
โทร..... โทรสาร.....

1. ค่าลงทะเบียน

- แพทย์สมาชิก 4,000 บาท
 แพทย์ผู้สนใจ 4,500 บาท

2. บุธ

- สนับสนุน 4 วัน ราคา 30,000 บาท (วันที่ 4-7 มีนาคม 2556) จำนวน..... บุธ

3. กระเป๋าการประชุม 300 ชุด
4. ป้ายชื่อ สายคล้องคอ จำนวน 300 ชุด
5. สมุดฉีก ปากกา จำนวน 300 ชุด

วิธีการชำระเงิน

ธนาคารที่ส่งจ่ายในนาม สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย ปณ. เพชรบุรีตัดใหม่ 10320
เช็คส่งจ่ายในนาม สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย

โปรดส่งแบบฟอร์มคืนที่ สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง บางกะปิ กรุงเทพฯ 10320
โทรศัพท์ 0-2 716-5994 , 0-2716-5901 โทรสาร 0-2716-6004 E mail nst2004@gmail.com
ข้อมูลเพิ่มเติมสามารถเรียกดูได้จาก www.neurothai.org