

 **แบบตอบรับเข้าร่วมสัมมนา**

 **หลักสูตร PROFESSIONAL LOGISTICS OPERATIONS**

 วันที่ 19-21 ธันวาคม 2560 เวลา 09.00 – 16.00 น.

 สถานที่อบรม ห้องโลตัส 1 ชั้น LL โรงแรม โลตัส สุขุมวิท 33 กรุงเทพฯ

 **รายละเอียดของผู้เข้าสัมมนา (กรุณาเขียนตัวบรรจงให้ถูกต้องและชัดเจน เพื่อใช้ในการออกประกาศนียบัตร)**

1.ชื่อ-สกุล.............................................ตำแหน่ง.................................... โทรศัพท์........................E-mail………………………

 Name…………………………..….……………Surname…………………………………………………………………………

2.ชื่อ-สกุล.............................................ตำแหน่ง.................................... โทรศัพท์........................E-mail………………………

 Name…………………………..….……………Surname…………………………………………………………………………

3.ชื่อ-สกุล.............................................ตำแหน่ง................................... โทรศัพท์.........................E-mail………………………

 Name……………………….…..….……………Surname………… ………………………………………………………………

**ที่อยู่สำหรับออกใบกำกับภาษี/ใบเสร็จรับเงิน**

ชื่อบริษัท.........................................................................................อาคาร......................................................................................................

เลขที่......................หมู่ .................ซอย........................ถนน......................................... แขวง/ตำบล...................................................

เขต/อำเภอ.................................................จังหวัด................................................. รหัสไปรษณีย์............................................

ประเภทธุรกิจ................................................. ชื่อ-สกุล ผู้ประสานงาน..........................................โทรศัพท์................................

โทรสาร.........................................E-mail (ใช้ตอบรับ)…………………………………………

ไม่เป็นสมาชิก เป็นสมาชิกสมาคมประเภทองค์กร เป็นสมาชิกสมาคมประเภทบุคคล

**ค่าลงทะเบียน (ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)**

|  |  |
| --- | --- |
| สถานะ | ลงทะเบียนและชำระเงิน |
| สมาชิก TLAPS และเครือข่ายสมาคม | 9,000 |
| บุคคลทั่วไป | 10,500 |

**การสำรองที่นั่ง** กรอกใบสมัครและส่งมาที่ โทรสาร 02 -712 -2976 หรือ Email : info@tlaps.or.th

**การชำระเงิน** กรุณาโอน ผ่านทาง ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)

 ชื่อบัญชี “สมาคมไทยโลจิสติกส์และการผลิต” เลขที่บัญชี 069-2-11505-9

 บัญชีออมทรัพย์ สาขามหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

 เลขประจำตัวผู้ เสียภาษี 0993000130723

**การยืนยันการชำระเงิน** ส่งสำเนาหลักฐานการชำระเงิน ทางโ ทรสาร หรือ Email

**สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม TLAPS เท่านนั้น** โอนค่าลงทะเบียนวันที่.................................จำนวน..................................บาท เลขที่ใบเสร็จ....................................................

สมาคมไทยโลจิสติกและการผลิต โทรศัพท์ 0-2713-5283 โทรสาร 0-712 -2976 Website: [www.tlaps.or.th](http://www.tlaps.or.th) E-mail info@tlaps.or.th