

แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์ขอรับเงินคืน

การประชุมวิชาการประจำปี 2565 "Practice towards Good Outcomes"

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/นพ./พญ.).....นามสกุล.....

หมายเลขการลงทะเบียน RG.....สังกัด โรงพยาบาล.....

Email.....มือถือ.....

มีความประสงค์ขอคืนเงินค่าลงทะเบียน จำนวน.....บาท

ที่ได้โอนไปเมื่อวันที่.....จากธนาคาร.....

เนื่องจาก.....

.....

.....

ดังนั้น จึงขอให้ทางชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย ดำเนินการตรวจสอบการลงทะเบียนและยกเลิกการลงทะเบียน พร้อมทั้งโอนเงินที่ข้าพเจ้าชำระไป คืนให้ข้าพเจ้าตามเงื่อนไขการคืนเงินของทางชมรม ฯ เข้าบัญชี ธนาคาร.....สาขา.....
บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : หลักฐานประกอบการขอคืนเงิน

1. สำเนาหลักฐานการโอนเงิน (Pay-in slip / ATM slip) พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา
2. สำเนาสมุดบัญชีที่ต้องการให้โอนเงินคืน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา

ส่งเอกสารมาที่ thainewborn@hotmail.com

เงื่อนไขการคืนเงิน – แจ้งความประสงค์ขอคืนเงิน ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2565 หากแจ้งความประสงค์ในภายหลังงดคืนเงินทุกกรณี