



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 17
การประชุมวิชาการสุขภาพจิต
และจิตเวชเด็ก ครั้งที่ 15
ประจำปี 2561

ส่วนของลูกค้า

ใบแจ้งการชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย (COMPANY CODE: 91344)

ชำระเงินผ่านเคาน์เตอร์ของธนาคารกรุงไทยทั่วประเทศ



ชื่อ-นามสกุล(ผู้ลงทะเบียน).....

Ref.1 : เลขบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ลงทะเบียน 13 หลัก

Ref.2 : เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ผู้ลงทะเบียน 8-10 หลัก

ข้อปฏิบัติและเงื่อนไขในการชำระเงิน

1. กรอกใบแจ้งการชำระเงินให้ครบถ้วนทุกรายการ และนำไปติดต่อชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ได้ทุกสาขา ทั่วประเทศ ทางช่องทางเคาน์เตอร์ (รับชำระเฉพาะเงินสด)
2. ผู้ชำระเป็นผู้รับภาระค่าธรรมเนียมอัตรา 25 บาทต่อรายการ สำหรับยอดที่ชำระส่วนเกินกว่า 50,000 บาท คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มในอัตราร้อยละ 0.1 ของจำนวนเงินที่ชำระแต่ไม่เกิน 1,000 บาท
3. ผู้ชำระเงินโปรดทำการชำระเงินผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทยอย่างเดียว ภายใน 3 วัน หลังจากพิมพ์ใบแจ้งการชำระเงินจากเวปไซด์หน่วยงาน
4. ผู้ชำระเงินต้องเก็บหลักฐานการชำระเงินไว้เพื่อยืนยันการชำระเงินในวันที่เข้าร่วมฟังสัมมนากับเจ้าหน้าที่หน่วยงาน
5. กรณีมีเหตุขัดข้องไม่สามารถโอนเงินได้ ติดต่อสอบถามได้ที่ ฝ่ายรายการสัมพันธ์ สำนักงานใหญ่ ธ.กรุงไทย หมายเลข (02) 2088514 หรือ1551 ในเวลาทำการ

<input type="checkbox"/> เงินสด (Cash)	ธนาคาร (Bank)	สาขา (Branch)
บาท (Bath)		
ผู้นำฝาก.....เบอร์.....		เจ้าหน้าที่ธนาคาร(ประทับตรา)

หมายเหตุ การชำระเงินต้องชำระเต็มจำนวนตามที่ประกาศ ก่อนวันสิ้นสุดการชำระเงิน



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 17
การประชุมวิชาการสุขภาพจิต
และจิตเวชเด็ก ครั้งที่ 15
ประจำปี 2561

ส่วนของธนาคาร

ใบแจ้งการชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย (COMPANY CODE: 91344)

ชำระเงินผ่านเคาน์เตอร์ของธนาคารกรุงไทยทั่วประเทศ



ชื่อ-นามสกุล(ผู้ลงทะเบียน).....

Ref.1 : เลขบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ลงทะเบียน 13 หลัก

Ref.2 : เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ผู้ลงทะเบียน 8 - 10 หลัก

<input type="checkbox"/> เงินสด (Cash)	ธนาคาร (Bank)	สาขา (Branch)
บาท (Bath)		
ผู้นำฝาก.....เบอร์.....		เจ้าหน้าที่ธนาคาร (ประทับตรา)

หมายเหตุ การชำระเงินต้องชำระเต็มจำนวนตามที่ประกาศ ก่อนวันสิ้นสุดการชำระเงิน