



สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย

Thai Association of Orthodontists

ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.โยธี เขตราชเทวี กทม. 10400

www.thaiortho.org E-mail: prinya@yahoo.com โทร: 089-696-2233

## Credit Card Authorization Form

ชื่อบัตร.....

ชนิดบัตร  VISA  MASTERCARD

หมายเลขบัตร 16 หลัก

-----

วันหมดอายุ \_\_\_\_/\_\_\_\_

หมายเลข 3 หลักสุดท้ายตรงช่องลายเซ็นด้านหลังบัตร \_\_\_\_

ข้าพเจ้าอนุญาตให้สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย ตัดเงิน

ผ่านบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าลงทะเบียนดังต่อไปนี้

จำนวน .....บาท

(.....)

ลายเซ็นตามบัตร.....

ลงวันที่.....

กรุณา print กรอกข้อความ เชนชื่อ scan แล้วส่งมาที่ [prinya@yahoo.com](mailto:prinya@yahoo.com)

หรือ fax ไปที่ 02-513-1424 พร้อมรายละเอียดการลงทะเบียน