

ใบบอกรับเป็นสมาชิก สงขลานครินทร์เวชสาร

ข้าพเจ้า.....
ขอสมัครเป็นสมาชิกสงขลานครินทร์เวชสาร กำหนด.....ปี ตั้งแต่ปีที่.....
ฉบับที่.....ถึงปีที่.....ฉบับที่.....
โดยจัดส่งไปที่.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว
เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

- อัตราค่าสมาชิก 1 ปี (6 เล่ม) 300 บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ชื่อบัญชี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่บัญชี 565-2-23182-9
- กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้พร้อมใบ pay in แจ้งการโอนเงินเข้าบัญชี ถึงบรรณารักษ์การสงขลานครินทร์เวชสาร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
โทรศัพท์ 0-7445-1159
โทรสาร 0-7421-2900, 0-7421-2903
E-mail address: skamolth@medicine.psu.ac.th