

ใบสั่งซื้อหนังสือของสภาการพยาบาล

ชื่อบุคคล/หน่วยงาน ที่สั่งซื้อ.....

มีความประสงค์จะสั่งซื้อหนังสือของสภาการพยาบาล ดังนี้

- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ (ฉบับภาษาไทย และ อังกฤษ) พ.ศ. ๒๕๕๔
ราคาเล่มละ ๓๐ บาท จำนวน เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- สมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๖
ราคาเล่มละ ๓๐ บาท จำนวน เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยฯ พ.ศ. ๒๕๕๓
ราคาเล่มละ ๕๐ บาท จำนวน เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ พ.ศ. ๒๕๕๓
ราคาเล่มละ ๖๐ บาท จำนวน เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- บทเรียนจากกรณีศึกษาเส้นทางสู่ความสำเร็จของพยาบาลเวชปฏิบัติ พ.ศ.๒๕๕๑
ราคาเล่มละ ๑๓๐ บาท จำนวน เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- คู่มือส่งเสริมจริยธรรม สำหรับองค์การพยาบาล : กลไกและการปฏิบัติ พ.ศ. ๒๕๕๘
ราคาเล่มละ ๑๕๐ บาท จำนวน เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- สมรรถนะและการออกวุฒิบัตรรับรองความรู้และความชำนาญเฉพาะทางฯ พ.ศ. ๒๕๕๓
ราคาเล่มละ ๑๕๐ บาท จำนวน เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.๒๕๒๘ฯ พร้อมด้วยกฎกระทรวงฯ พ.ศ. ๒๕๕๗
ราคาเล่มละ ๒๕๐ บาท จำนวน เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๔
ราคาเล่มละ ๓๐๐ บาท จำนวน เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บุคลากรสู่การปฏิบัติ พ.ศ. ๒๕๕๕
ราคาเล่มละ ๓๕๐ บาท จำนวน เล่ม เป็นเงิน.....บาท

รวมเป็นเงินค่าหนังสือทั้งสิ้นจำนวน.....บาท (.....) พร้อมนี้ได้ชำระเงินโดย

- เงินสด (เฉพาะที่ชำระเงินด้วยตนเองที่สภาการพยาบาล)
- โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ผ่านระบบ Teller Payment โดยกรอกรายการใบแจ้งการชำระ

เงิน ทางธนาคาร ระบุ **Company Code** ของสภาการพยาบาล **MDSTNC** แจ้ง ชื่อ/สกุล เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล หรือ ชื่อหน่วยงาน พร้อมการชำระเงินกับธนาคารกรุงไทย และจัดส่ง Slip การชำระเงินที่ธนาคารออกให้มาพร้อมใบสั่งซื้อ

ขอให้สภาการพยาบาลออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

และจัดส่งหนังสือให้ตามที่อยู่ ดังนี้ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ที่อยู่.....
เลขที่ หมู่..... ถนน
ตำบล อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

สนใจสั่งซื้อหนังสือได้โดยตรงหรือส่งทางไปรษณีย์ที่ สภาการพยาบาล อาคารนครินทร์ศรี ชั้น ๒ (งานพัสดุ) ภายในบริเวณ
กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๕๙๖-๗๕๓๓ โทรสาร ๐-๒๕๘๙-๗๑๒๑ ทั้งนี้
สามารถ Download ใบสั่งซื้อหนังสือของสภาการพยาบาล และแบบการชำระเงินทางธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ได้ที่เว็บไซต์
www.tnmc.or.th



ใบแจ้งการชำระเงินทางธนาคารผ่านระบบ Teller Payment

สำหรับธนาคาร

การชำระเงินเพื่อนำเข้าบัญชีของสภากาชาดไทย ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับสั่งซื้อหนังสือของสภากาชาดไทย

หน่วยงาน สภากาชาดไทย

COMPANY CODE = MDSTNC

ชื่อ - สกุล ผู้ชำระเงิน (Customer Name)

เลขที่สมาชิก (Ref.1)ของผู้ชำระเงิน (กรณีชำระในนามชื่อหน่วยงาน Ref.1 ให้ใส่ 0)

จำนวนเงินที่ชำระ

(ตัวอักษร)

(ตัวเลข)

		-
--	--	---

กรณีมีเหตุขัดข้องการโอนเงิน ติดต่อสอบถามที่ ฝ่ายราชการสัมพันธ์ สำนักงานใหญ่ ธ.กรุงไทย โทรศัพท์ 0 2260 8333 ต่อ 437
หมายเหตุ ผู้โอนเงินจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมในการโอนอัตรา 15 บาท ต่อรายการ สำหรับวงเงินไม่เกิน 100,000 บาท ถ้าหากเกินวงเงินที่กำหนดจะคิดส่วนเกินในอัตราร้อยละ 0.1 แต่ไม่เกิน 1,000 บาท



สำหรับลูกค้า

กรุณาตรวจสอบรายละเอียดการชำระเงินให้ถูกต้องจาก Slip ที่ธนาคารออกให้ (ถ่ายสำเนาเก็บไว้เป็นหลักฐาน) และส่ง Slip (ตัวจริง) พร้อมใบสั่งซื้อหนังสือของสภากาชาดไทย ทางไปรษณีย์

ที่อยู่

สำนักงานสภากาชาดไทย (สั่งซื้อหนังสือสภากาชาดไทย)

อาคารนครินทร์ ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000