บริษัท เอไอเอ็ม คอนซัลแตนท์ จำกัด

เลขที่ 324/11 ถนนมาเจริญ แขวงหนองค้างพลู เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร 10160

ใบสมัครฝึกอบรม

1) หลักสูตรที่สนใจ

ชื่อหลักสูตร	วันที่อบรม	สถานที่
Highlight กฎหมายอาชีวอนามัย และการจัดสวัสดิการในสถานประกอบการ (อบรม 1 วัน)	……./……../……..	☐ รร. อมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กทม. ☐ รร. โนโวเทล บางนา กทม. ☐ AIM Training Center หนองแขม กทม. ☐ ……………………………………

*ขอความกรุณา ระบุ วันที่ และสถานที่อบรม อ้างอิง จาก www.aimconsultant.com

2) ข้อมูลลูกค้า บริษัท : ………………………………………………………………………………………………

3) ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ/ใบกำกับภาษี ……………………………………………………………………………………

………

( ) สำนักงานใหญ่ ( ) สาขาที่.....................เลขประจำตัวผู้เสียภาษี..

เบอร์โทรศัพท์...เบอร์แฟกซ์..อีเมล์...

รายชื่อผู้เข้าร่วมอบรม/สัมมนา จำนวน .... ท่าน ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล		ข้อมูลอื่น ๆ	
1	ภาษาไทย		ตำแหน่ง	
	ภาษาอังกฤษ		E-mail	
2	ภาษาไทย		ตำแหน่ง	
	ภาษาอังกฤษ		E-mail	
3	ภาษาไทย		ตำแหน่ง	
	ภาษาอังกฤษ		E-mail	

4) ข้อมูลผู้ประสานงาน

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง	e-mail	เบอร์โทรศัพท์

อัตราค่าบริการ :

( ) สมาชิก ราคา 3,300 บาท VAT 7% = 231 บาท หัก ณ ที่จ่าย 3% = 99 บาท **ชำระทั้งสิ้น 3,432 บาท**

กรณี หัก ณ ที่จ่าย 1% = 33 บาท **ชำระทั้งสิ้น 3,498 บาท**

( ) ราคาปกติ ราคา 3,800 บาท VAT 7% = 266 บาท หัก ณ ที่จ่าย 3% = 114 บาท **ชำระทั้งสิ้น 3,952 บาท**

กรณี หัก ณ ที่จ่าย 1% = 38 บาท **ชำระทั้งสิ้น 4,028 บาท**

- **กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการเข้าฝึกอบรม ล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วัน**
- **กรณีไม่มีใบหัก ณ. ที่จ่าย ขอสงวนสิทธิ์ชำระเต็มจำนวน ค่าอบรม+VAT 7%**
- **สั่งจ่ายในนามบริษัท เอไอเอ็ม คอนซัลแตนท์ จำกัด เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105547166927 บัญชีออมทรัพย์ ธ.ไทยพาณิชย์ สาขาเพชรเกษม ซอย 114 ชื่อบ/ช : บริษัท เอไอเอ็ม คอนซัลแตนท์ จำกัด เลขที่ 401-239834-6 และส่งสำเนาใบสั่งจ่ายเงิน (Pay slip) มาที่ marketing@aimconsultant.com ที่อยู่ตามใบกำกับภาษี 324/11 ถนนมาเจริญ แขวงหนองค้างพลู เขตหนองแขม กทม. 10160**

**** กรณีที่จะยกเลิกอบรม กรุณาแจ้งให้ทางเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ ทราบล่วงหน้า 7 วัน โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร หากท่านไม่ได้แจ้งยกเลิกให้ทราบล่วงหน้า ทางบริษัท ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับชำระค่าบริการฝึกอบรม 50% ต่อ 1 ท่านจากราคาเต็ม ****