

ใบสั่งซื้อชุดทดสอบ

Test kits Order



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
Department of Medical Sciences

เลขที่ใบสั่งซื้อ.....

วันที่สั่งซื้อ.....

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี
เลขที่ 82 หมู่ 11 ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี 34000
โทรศัพท์ 045 312 232-4 ต่อ 710 โทรสาร ต่อ 150

ผู้สั่งซื้อ <input type="checkbox"/> บุคคลธรรมดา <input type="checkbox"/> นิติบุคคล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	ออกใบเสร็จรับเงินในนาม
ชื่อ-นามสกุล :	<input type="checkbox"/> ชื่อ-ที่อยู่เดียวกับผู้สั่งซื้อ
ที่อยู่ :	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
สามารถติดต่อกลับได้ที่ e-mail :
โทรศัพท์ : โทรสาร:

รายงานสั่งซื้อชุดทดสอบ	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวน (กล่อง)	รวมราคา (บาท)
1. ชุดทดสอบสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ (25 ตัวอย่าง/กล่อง)	530		
2. ชุดทดสอบกรดเรทีโนอิกในเครื่องสำอาง (25 ตัวอย่าง/กล่อง)	500		
3. ชุดทดสอบเบื้องต้นแอสิตฟอสฟอเตส (5 ตัวอย่าง/กล่อง)	250		
รวมทั้งสิ้น			

ลงชื่อผู้สั่งซื้อ.....

(.....) (ตัวบรรจง)

วันที่.....

ขั้นตอนในการสั่งซื้อชุดทดสอบ

1. ราคาชุดทดสอบรวมค่าขนส่งแล้ว
2. โปรดแจ้ง ชื่อ ที่อยู่ ของบริษัท/ห้างร้าน หรือ บุคคล ที่สั่งซื้อชุดทดสอบ พร้อมระบุรายละเอียดการออกใบเสร็จรับเงิน และสถานที่จัดส่งให้ชัดเจน
3. การชำระค่าชุดทดสอบ สามารถโอนเข้าบัญชี
4. เมื่อชำระเงินแล้วโปรดส่งใบสั่งซื้อ พร้อมหลักฐานการชำระเงิน

ค่าชุดทดสอบมาทาง โทรสาร 045 312 232-4 ต่อ 150

หรือ E-mail : rmscubon.inno@gmail.com

และติดต่อ นางอัมพวัน พรหมสอน เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน เพื่อดำเนินการจัดส่งโดยเร็ว

ธนาคารกรุงไทย สาขาอุบลราชธานี ประเภทบัญชีออมทรัพย์
ชื่อบัญชี ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี
เลขบัญชี 313-1-37355-5