



สัญญาเช่าพื้นที่จำหน่ายสินค้างานประชุมวิชาการ วันที่ 25 – 26 พฤษภาคม 2552

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

ทั้งนี้เพื่อความสะดวกและเป็นระเบียบในการจัดพื้นที่ สมาคมพยาบาลฯ จึงขอความร่วมมือจากเจ้าของร้านค้าทุกร้าน ดังนี้

1. ร้านค้าที่ตกลงออกร้านจำหน่ายสินค้างานประชุมวิชาการของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ต้องกำหนดวันที่จะออกร้านและชำระค่าเช่าพื้นที่ล่วงหน้าตามอัตราที่สมาคมพยาบาลฯ กำหนด
2. การชำระเงินล่วงหน้าและเซ็นชื่อในสัญญาเช่าพื้นที่ขายสินค้าฯ ดังนี้
 - 2.1 Download ใบสมัครและแบบฟอร์มสัญญาเช่าพื้นที่แสดงสินค้าจาก www.thainurse.org
 - 2.2 กรอกรายละเอียดในใบสมัคร - อ่านสัญญาเช่าฯ และเซ็นชื่อในเอกสารทั้ง 2 ฉบับ
 - 2.3 Fax ใบสมัครและสัญญาเช่ามาที่สมาคมพยาบาลฯ ที่หมายเลข 0-2247-4704
 - 2.4 โทรสอบถามการตอบรับการเช่าพื้นที่ก่อนโอนเงิน ที่หมายเลข 0-2354-1801-2 ต่อ 12
 - 2.5 ชำระเงินโดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกสิกรไทย สาขาถนนรางน้ำ ในนาม สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ เลขที่บัญชี 052-2-03328-6
 - 2.6 Fax สลิปโอนเงิน ที่ หมายเลข 0-2247-4704
3. ผู้ลงนามในข้อตกลงจองพื้นที่ออกร้านจะต้องเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ขาย สมาคมพยาบาลฯ ไม่อนุญาตให้จองพื้นที่มากกว่า 1 ร้านต่อ 1 วัน
4. สินค้าที่จำหน่ายจะต้องตรงกับที่แจ้งไว้ในใบสมัคร
5. ร้านค้าที่จำหน่ายสินค้าวันที่ 1 ของการจัดประชุม อนุญาตให้ขึ้นมาจัดร้านได้หลังเวลา 09.00 น.
6. ร้านค้าที่จำหน่ายสินค้าวันอื่น ๆ ของการจัดประชุม อนุญาตให้ขึ้นมาจัดร้านได้ตั้งแต่เวลา 07.00 น. ของวันที่ตกลงมาออกร้าน
7. การจัดร้าน สมาคมพยาบาลฯ อนุญาตให้จัดร้านในบริเวณที่กำหนด และใช้โต๊ะจัดวางสินค้าตามที่จัดไว้ให้ (1 ร้านต่อโต๊ะ 1 ตัวของโรงแรม) ยกเว้นร้านค้าเสื้อผ้าอนุญาตให้ใช้พื้นที่วางราวแขวนเสื้อในบริเวณที่กำหนดเท่านั้น
8. กรณีที่ร้านค้าไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น สมาคมพยาบาลฯ จะยกเลิกสัญญาเช่าฯ ทันทีและไม่อนุญาตให้จำหน่ายสินค้าในวันที่มาออกร้านและจะไม่อนุญาตให้ร้านค้านั้น มาออกร้านกับงานของสมาคมพยาบาลฯ อีกต่อไป
9. สมาคมพยาบาลฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าเช่าพื้นที่ ไม่ว่าจะในกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เช่าพื้นที่จำหน่ายสินค้า
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)



ใบสมัครเข้าพักพื้นที่จำหน่ายสินค้างานประชุมวิชาการ
ระหว่างวันที่ 25- 26 พฤษภาคม 2552 ณ โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

ชื่อ.....นามสกุล.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์..... มือถือ.....
โทรสาร..... E - mail

ประเภทของสินค้า (กรุณาระบุความเป็นจริง).....
ชื่อร้าน.....
วันที่จะเข้าพักพื้นที่จำหน่ายสินค้า
 25 พฤษภาคม 2552 26 พฤษภาคม

อัตราค่าเข้าพักที่ 2,500 บาท/ร้าน/วัน
จำนวนเงิน..... บาท

ข้าพเจ้าได้อ่านสัญญาเช่าอย่างเข้าใจดีแล้ว และจะปฏิบัติตามรายละเอียดดังกล่าว
ทุกประการ

ลงชื่อ..... เจ้าของร้าน
(.....)

หมายเหตุ

- สมาคมพยาบาลฯ จะส่งสำเนาสัญญาเข้าพักที่และใบตอบรับการเข้าพักที่ให้ตามที่อยู่ที่แจ้งไว้
เมื่อได้รับการโอนเงินเรียบร้อยแล้ว
- สอบถามรายละเอียดที่ 02-354-1801-2 ต่อ 12