

ใบสมัครสมาชิก Your Value Plus

วัน เดือน ปี ที่สมัคร.....

ข้อมูลตัวแทน

ชื่อ-สกุล ภาษาไทย (นาย / นาง/ นางสาว).....ชื่อเล่น.....

ชื่อ-สกุล (อังกฤษ) (Mr./ Mrs./ Ms.).....วัน เดือน ปี เกิด.....

ที่อยู่..... หมู่..... หมู่บ้าน..... อาคาร..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... Fax..... E-mail.....

เป็นตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท..... หน่วย.....

ประสงค์ให้ รพ. จัดส่งบัตรสมาชิก Your Value Plus ที่ ที่อยู่ของตัวแทน ที่อยู่ของลูกค้า ตัวแทนมารับเองที่โรงพยาบาล

หมายเหตุ : กรณีตัวแทนมารับเองที่โรงพยาบาลกรุณาโทรแจ้งเจ้าหน้าที่ล่วงหน้าก่อนเข้ามารับบัตร เพื่อความสะดวกของท่าน

ข้อมูลลูกค้า

1.ชื่อ-สกุล ภาษาไทย (นาย / นาง/ นางสาว).....ชื่อเล่น.....

ชื่อ-สกุล (อังกฤษ) (Mr./ Mrs./ Ms.).....วัน เดือน ปี เกิด.....

ที่อยู่..... หมู่..... หมู่บ้าน..... อาคาร..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... Fax..... E-mail.....

2.ชื่อ-สกุล ภาษาไทย (นาย / นาง/ นางสาว).....ชื่อเล่น.....

ชื่อ-สกุล (อังกฤษ) (Mr./ Mrs./ Ms.).....วัน เดือน ปี เกิด.....

ที่อยู่..... หมู่..... หมู่บ้าน..... อาคาร..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... Fax..... E-mail.....

3.ชื่อ-สกุล ภาษาไทย (นาย / นาง/ นางสาว).....ชื่อเล่น.....

ชื่อ-สกุล (อังกฤษ) (Mr./ Mrs./ Ms.).....วัน เดือน ปี เกิด.....

ที่อยู่..... หมู่..... หมู่บ้าน..... อาคาร..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... Fax..... E-mail.....

4.ชื่อ-สกุล ภาษาไทย (นาย / นาง/ นางสาว).....ชื่อเล่น.....

ชื่อ-สกุล (อังกฤษ) (Mr./ Mrs./ Ms.).....วัน เดือน ปี เกิด.....

ที่อยู่..... หมู่..... หมู่บ้าน..... อาคาร..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... Fax..... E-mail.....

5.ชื่อ-สกุล ภาษาไทย (นาย / นาง/ นางสาว).....ชื่อเล่น.....

ชื่อ-สกุล (อังกฤษ) (Mr./ Mrs./ Ms.).....วัน เดือน ปี เกิด.....

ที่อยู่..... หมู่..... หมู่บ้าน..... อาคาร..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... Fax..... E-mail.....

เพื่อประโยชน์ของท่านและลูกค้า กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 โทร. 02 769 2900 Fax. 02 769 2998

E-mail : mkt_ch3@chularat.com

โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 9 โทร. 02 738 9900 Fax. 02 738 9900 ต่อ 239

E-mail : mkt_ch9@chularat.com

โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 11 โทร. 038 538 511-3 Fax. 038 841 020

E-mail : mkt_ch11@chularat.com

www.chularat.com

