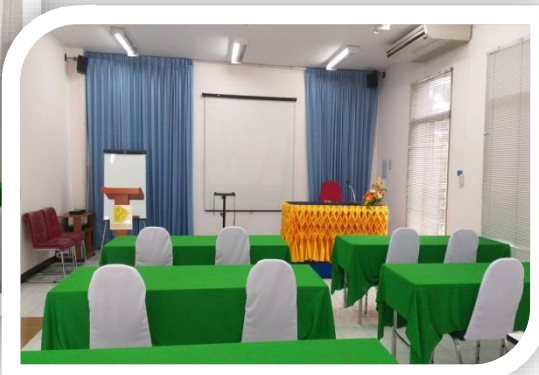


# บริการ ห้องสัมมนา

**TRAINING ROOM 1** รองรับได้ 20-24 คน  
อัตราค่าบริการ 3,500 บาท/วัน **ครึ่งวัน 2,500 บาท**  
**อุปกรณ์** เครื่องขยายเสียง+ไมค์ล้อยก+จอรับภาพ



**TRAINING ROOM 2** รองรับได้ 24-50 คน  
อัตราค่าบริการ 4,500 บาท/วัน **ครึ่งวัน 3,500 บาท**  
**อุปกรณ์** เครื่องขยายเสียง+ไมค์ล้อยก+จอรับภาพ



**TRAINING ROOM 3** รองรับได้ 50-100 คน  
อัตราค่าบริการ 5,500 บาท/วัน **ครึ่งวัน 4,500 บาท**  
**อุปกรณ์** เครื่องขยายเสียง+ไมค์ล้อยก+จอรับภาพ



อัตราค่าอาหารกลางวัน / อาหารว่าง

อาหารว่าง : ขนมนครมดา 45 บาท/คน/มื้อ  
ขนม S&P 60 บาท/คน/มื้อ

อาหารกลางวัน : อาหารเซต 150-180 บาท/คน  
ชุดเบนโตะ 250 บาท/คน  
อาหารจานเดียว 60-70 บาท/คน

ติดต่อ บริษัท ศูนย์เทคโนโลยีไฮเทคอยุธยา จำกัด โทร 035-350137-8 ต่อ 14  
มือถือสำนักงาน 08-6313-3071 (คุณสุนิษา) Mail : attc-training@hotmail.com

## แบบยืนยันการใช้สถานที่ (ห้องสัมมนา) บริษัท ศูนย์เทคโนโลยีไฮเทคอยุธยา จำกัด

1. มีความประสงค์จะขอใช้บริการห้อง วันที่..... เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.
2. มีความประสงค์จะขอใช้บริการห้อง จำนวนผู้เข้าอบรม.....คน
  - ห้อง Training room 1 (ห้องขนาดเล็ก) 20-24 คน ราคา 3,500 บาท
  - ห้อง Training room 2 (ห้องขนาดกลาง) 25-50 คน ราคา 4,500 บาท
  - ห้อง Training room 3 (ห้องขนาดใหญ่) 80-100 คน ราคา 5,500 บาท
3. มีความประสงค์สั่งอาหารกลางวัน/อาหารว่าง
  - อาหารไทยชุดเซต ราคา 150-180 บาท จำนวน.....ท่าน
  - ชุดอาหาร Bento [ ] ราคา 130 บาท [ ] ราคา 250 บาท จำนวน.....ท่าน  
หมู(ทงคัตลี).....ชุด , ไข่(เทอริยากิ).....ชุด , ปลาซาบะ.....ชุด
  - อาหารจานเดียว+ไข่ดาว 60-70 บาท/กล่อง จำนวน.....ท่าน
  - ชุดอาหารว่าง ขนมธรรมดา+ชา/กาแฟ/น้ำผลไม้ ชุดละ 45 บาท/คน/มือ จำนวน.....ท่าน
  - ชุดอาหารว่าง ขนม S&P+ชา/กาแฟ/น้ำผลไม้ ชุดละ 60 บาท/คน/มือ จำนวน.....ท่าน

3.1 เบรกเช้า เวลา \_\_\_\_\_  
เบรกบ่าย เวลา \_\_\_\_\_
4.  มีความประสงค์ขอใบ INVOICE ห้องอบรม  ขอใบเสนอราคา QUOTATION

### ใบยืนยันการใช้บริการสถานที่ (กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....ตำแหน่ง.....  
บริษัท..... Tel..... Fax.....  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี .....  สำนักงานใหญ่  สาขา.....  
หัวข้อการอบรม .....  
ขอยืนยันในการใช้บริการสถานที่ของศูนย์เทคโนโลยีไฮเทคอยุธยา ตามข้อความข้างต้น

**ที่อยู่ออกใบเสร็จ (เขียนตัวบรรจง)**

บริษัท.....  
ที่อยู่.....  
ผู้ประสานงาน.....เบอร์.....

- หมายเหตุ**
1. ลูกค้าในนิคมไฮเทค และลูกค้าสมาชิกได้ส่วนลด 10%
  2. กรุณาส่งแบบยืนยันการใช้สถานที่ FAX. 0-35314370, 0-350350136
  3. การชำระเงิน
    - 3.1 ชำระในวันที่มาใช้ห้องสัมมนา โดย
      - เงินสด/เช็ค/MAIL เช็ค ชำระที่ อาคาร SMEs บริษัท ศูนย์เทคโนโลยีไฮเทคอยุธยา จำกัด
      - เช็คสั่งจ่าย "บริษัท ศูนย์เทคโนโลยีไฮเทคอยุธยา จำกัด"
    - 3.2 โอนเงินสด/เช็ค เข้าบัญชีออมทรัพย์ ของ "บริษัท ศูนย์เทคโนโลยีไฮเทคอยุธยา จำกัด" ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยนิคมอุตสาหกรรมไฮเทค บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 812-2-21040-8