



โรงพยาบาลลานนา  
ใบตอบรับฉีดวัคซีน COVID -19 (Sinopharm)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....

ในนามบริษัท.....

ตอบรับ

ไม่ตอบรับ

โรงพยาบาลลานนาฉีดวัคซีน COVID -19 (Sinopharm) ในราคาเข็มละ 250 บาท

การเข้ารับการฉีดวัคซีน COVID-19 มีรายละเอียด

จำนวนผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน.....คน สะดวกเข้ามาฉีดวันที่.....

**\*\*เมื่อวัคซีนมาถึงโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะโทรติดต่อนัดหมายวันเวลาที่เข้ารับการฉีดวัคซีนอีกครั้ง\*\***

เงื่อนไขการชำระค่าฉีด ชำระโดยเงินโอน ชื่อบัญชี บมจ.เชียงใหม่รามธุรกิจการแพทย์ ธนาคารกสิกรสาขาถนนท่าแพ  
บัญชีกระแสรายวัน เลขบัญชี 103-1-00871-5

หลักฐานการยืนยันเข้ารับวัคซีน 1.หลักฐานการโอนเงินเข้าบัญชีลานนา  
2.หลักฐานการโอนชำระเงินกับทางราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เพื่อยืนยันจำนวนวัคซีน

ชื่อผู้ประสานงาน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

- หมายเหตุ**
- 1.ราคานี้ไม่รวมค่าแพทย์หากท่านมีอาการผิดปกติต้องพบแพทย์เพื่อประเมินก่อนเข้ารับการฉีดวัคซีน
  - 2.ราคานี้ไม่รวมค่ายา หากท่านต้องได้รับยาก่อนหรือหลังการฉีดวัคซีน
  - 3.โรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี
  - 4.วัคซีนโควิด (Sinopharm) ราคาเข็มละ 888 บาท รวมความคุ้มครองกรณีได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนโควิด (Sinopharm) กรณีเจ็บป่วยด้วยภาวะโคมา (รวมเสียชีวิต) จำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท และค่ารักษาพยาบาล (OPD&IPD) จำนวนเอาประกันภัย 30,000 บาท

**บริการเสริมสำหรับผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนโควิดที่ รพ.ลานนา**

- 1.รพ.ให้บริการห้องพักเพื่อสังเกตอาการในวันฉีดวัคซีน 1 คืน ราคา 2,800 บาท  ไม่สนใจ  สนใจจอง.....คน
- 2.บริการวัคซีนไขหวัดใหญ่ราคา 450 บาท  ไม่สนใจ  สนใจจอง.....คน
- 3.ตรวจสุขภาพราคาพิเศษราคา 999 บาท  ไม่สนใจ  สนใจจอง.....คน
- 4.บริการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด 19 ราคา 800 บาท  ไม่สนใจ  สนใจจอง.....คน

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลจากโรงพยาบาลลานนาทั้งหมดแล้ว ยืนยันการเข้าฉีดวัคซีน COVID -19 (Sinopharm) โรงพยาบาลลานนา

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ .....

**\*\*กรุณา Fax. ใบตอบรับล่วงหน้า ในวันและเวลาทำการ จันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.00-17.00 น.**

**ติดต่อคุณธีรวรรณ จันตุ้ย Tel. 053-999-756 Fax. 053-999-797 \*งดให้บริการนอกสถานที่\*\***