MVT Smartcare: Care 4 Campus Network Project

กรุณากรอกข้อมูลสำหรับการเข้าร่วมโครงการ

ชื่อสถาบัน : ____________________

หน่วยงาน / ฝ่าย : ____________________

ที่อยู่ : ____________________

____

ชื่อ / นามสกุล บุคคลที่ติดต่อเข้าร่วมโครงการ : ____________________

ตำแหน่ง : ____________________

หมายเลขโทรศัพท์: ____________________ หมายเลขโทรสาร: ____________________

หมายเลขมือถือ: ____________________ e-mail: ____________________

วันที่สะดวกนัดหมายเพื่อทำโครงการ: ____________________

บุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวกในวันนัดหมาย: ____________________

ปัญหาที่ท่านพบในระบบเครือข่าย: ____________________

____

____

____

ข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติมจากบริษัท: ____________________

____

____

____

ลงนาม ....

ชื่อตัวบรรจง ....

วันที่ ....

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

MVT Communications Public Company Limited

Tel: 02 993 8989 ติดต่อฝ่ายขาย Fax: 02 993 8990-1 www.mvt.co.th

MVT Smartcare: Care 4 Campus Network Project