**ใบสมัครผู้เช่าพื้นที่เพื่อให้บริการร้านอาหารและเครื่องดื่ม**

**ภายในศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์**

**สถานที่ประกอบการ ณ อาคาร A ชั้น 1 ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์**

1. รายละเอียดของผู้เข้าประกอบการ

1. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) ...................................................................................................อายุ.............ปี

สัญชาติ ............. เชื่อชาติ ............... ศาสนา .................ปัจจุบันประกอบอาชีพ .............................................

2. ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่ .............. หมู่ที่...........ถนน ........................................ตำบล..............................................

อำเภอ .................................... จังหวัด ......................................................... รหัสไปรษณีย์ ...............................

โทรศัพท์ ...................................................

3. การศึกษาจบการศึกษาชั้นสูงสุดระดับ ……………………………………………………………………………………………………..

4. ประสบการณ์ในการให้บริการ...............................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

5. หลักฐานประกอบคำร้อง (ถ่ายสำเนาอย่างละ 1 ชุด )

ก.บัตรประจำตัวประชาชน

ข. บัตรประจำตัวผู้เสียภาษีอากรของกรมสรรพากร (ถ้ามี )

ค. สำเนาทะเบียนบ้าน

ง. รูปแบบของร้านที่จะเปิดให้บริการ

**รายละเอียดการให้บริการ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการ** | **ราคา(บาท)** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**2. แผนการตกแต่งสถานที่**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**3. แผนการให้บริการ**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**4. ผลตอบแทนที่จะมอบให้แก่ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัย หรือข้อเสนออื่นๆ**

ค่าเช่ารายปี จำนวน .................................. บาทต่อปี

อื่นๆ โปรดระบุ ……………………………………………………………………….............................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ลงชื่อ .........................................................

(...........................................................)

ตำแหน่ง ...........................................................

ประทับตรา (ถ้ามี)

**หมายเหตุ : กรณ๊ที่ช่องว่างให้กรอกรายละเอียดไม่เพียงพอ ให้ทำเพิ่มขึ้นได้ตามความเหมาะสม**