

ใบสมัครสมาชิก ADVANCED EDI

วันที่ _____

เรื่อง ขอสมัครเป็นสมาชิก ADVANCED EDI

เรียน กรรมการผู้จัดการ บริษัท แอดวานซ์ อินทิเกรชั่น จำกัด

สิ่งที่แนบมาด้วย สำเนา ภ.พ. 20 หรือ ภ.พ. 09

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____

ชื่อ/บริษัท ที่เปิดหน้าบัญชีกับ Retailer _____

ที่อยู่ (เปิดหน้าบัญชีกับ Retailer) _____

ชื่อ-ที่อยู่ (สำหรับส่งเอกสารทางไปรษณีย์) _____

E-Mail สำหรับบริการ email alert _____

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิก **ADVANCED EDI** โดยมีรายละเอียดของอัตราค่าบริการ ดังนี้

- ☐ ค่าสมาชิกแรกเข้า เฉพาะสมาชิกใหม่เท่านั้น 1,605 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)
- ☐ ค่าบริการรายเดือนเดือนละ 535 บาท / Retailer (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)
- ☐ _____

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ค้าปลีก และ GLN ของร้านค้า

บริษัทฯ ยินดีให้บริการผ่านระบบ ADVANCED EDI ของบริษัท แอดวานซ์ อินทิเกรชั่น จำกัด ในการรับส่งข้อมูลกับผู้ค้าปลีก รายต่อไปนี้

1. ข้อมูลผู้ค้าปลีกที่ต้องการรับบริการ (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าผู้ค้าปลีกที่ต้องการ และระบุรหัสร้านค้า)

#	Retailer (ผู้ค้าปลีก)	รหัสร้านค้า	#	Retailer (ผู้ค้าปลีก)	รหัสร้านค้า
1.	☐ BigC ☐ BAS ☐ Credit ☐ Consignment	_____	2.	☐ TOPS Supermarket ☐ Credit ☐ Consignment1 ☐ Consignment2 ☐ ส่ง ASN	_____
3.	☐ เอ็มเอ็ม เมก้า มาร์เก็ต	_____	5.	☐ TOPS Daily	_____
4.	☐ SIRI Pharma	_____	7.	☐ Makro	_____
6.	☐ Max Value	_____	9.	☐ The Mall	_____
8.	☐ 7- Eleven (CP All) ☐ ส่ง DO ☐ ส่ง Invoice	_____	10.	☐ Lotus's	_____
11.	☐ CJ Express	_____	12.	☐ TD Tawandang	_____
13.	☐ รีมปิง	_____	14.	☐	_____
15.	☐	_____	16.	☐	_____

ผู้ค้าปลีกอื่น ๆ ที่ท่านสนใจ ต้องการรับข้อมูล โปรดระบุ.....

2. หมายเลขรหัส GLN ตามที่สถาบันรหัสสากลประเทศไทย (GS1) ออกให้ข้าพเจ้า

รหัส GLN (13 หลัก)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ส่วนที่ 2 รายละเอียดการติดต่อ

การติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน EDI (กรุณาระบุอย่างน้อย 1 ท่าน)

- ชื่อ – นามสกุล _____
โทรศัพท์ _____
E-Mail Address ที่ใช้ในการติดต่อ _____
- ชื่อ – นามสกุล _____
โทรศัพท์ _____
E-Mail Address ที่ใช้ในการติดต่อ _____

การติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี (กรุณาระบุอย่างน้อย 1 ท่าน)

- ชื่อ – นามสกุล _____
โทรศัพท์ _____
E-Mail Address ที่ใช้ในการติดต่อ _____
- ชื่อ – นามสกุล _____
โทรศัพท์ _____
E-Mail Address ที่ใช้ในการติดต่อ _____

บริษัทฯ ยินดีที่จะปฏิบัติตามข้อเสนอและเงื่อนไขต่างๆ ที่ทางบริษัท แอดวานซ์ อินทิเกรชั่น จำกัด เสนอมา

ขอแสดงความนับถือ

(_____)

(ประทับตราบริษัท)

ตำแหน่ง _____

หมายเหตุ

- หากมีข้อสงสัยประการใดโปรดติดต่อกลับที่ โทร. 084-678-2819 หรือ Email: edi_support@aic.co.th หรือ LineID: advanced.integration (084-678-2819)
- ในกรณีเลิกค้า หรือต้องการเปลี่ยนช่องทางการรับ-ส่ง ข้อมูล หรือต้องการยกเลิกการใช้บริการ จะต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบล่วงหน้า 1 เดือน