



ใบตอบรับเป็นศูนย์ประสานงานกลุ่มวิชาชีพอื่น
กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.) ล้านบุรีดิเหต

วันที่.....

สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

สำนักงานเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

อีเมล

ชื่อผู้แทนสหกรณ์ (เพื่อความสะดวกในการประสานงาน).....

โทรศัพท์.....

ตอบรับการเป็นศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขไทย (กสธ.) ล้านบุรีดิเหต

โดยจะได้ค่าบริหารจัดการร้อยละ 6 ของเงินค่าเบี้ยสงเคราะห์ชีวิตสมัครใหม่ และเงินค่าเบี้ย
สงเคราะห์ชีวิตต่ออายุประจำปี

ลงชื่อ

(.....)

ประธานกรรมการ / ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด