



ใบตอบรับเป็นศูนย์ประสานงานกลุ่มวิชาชีพอื่น
กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสท.) ล้านบุรีดิเหต

วันที่.....

สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

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

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

อีเมล

โทรศัพท์มือถือของผู้แทนสหกรณ์ (เพื่อความสะดวกในการประสานงาน)

ตอบรับการเป็นศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขไทย (กสท.) ล้านบุรีดิเหต

โดยจะได้ค่าบริหารจัดการร้อยละ 6 ของเงินค่าเบี้ยสงเคราะห์ชีวิตสมัครใหม่ และเงินค่าเบี้ย
สงเคราะห์ชีวิตต่ออายุประจำปี

ลงชื่อ

(.....)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด