

เลขที่ ......................................

โรงพยาบาลยางสีสุราช ต.ยางสีสุราช

อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ๔๔๒๑๐

วันที่ **๑๒ กันยายน ๒๕๖๕**

เรื่อง แจ้งยืนยันรายชื่อผู้ลงนามรับมอบอำนาจในคำร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น (บต.๔)

เรียน ผู้จัดการบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด สาขามหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ ผู้ลงนามรับมอบอำนาจ

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระแคน.. ขอแจ้งให้บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ทราบว่า กรณีลงนามรับมอบอำนาจในคำร้องขอรับรองขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น (บต.๔) ตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถนั้น ผู้ลงนามรับมอบอำนาจจากผู้ประสบภัยในเอกสารดังกล่าว คือ

(นาย/นาง/นางสาว).....นางสาธิตา เรืองสิริภคกุล.....ตำแหน่ง..ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางสีสุราช..........

ส่วนกรณีรับเช็คบริษัทกลางฯนั้นขอมอบให้

(นาย/นาง/นางสาว).นางสาธิตา เรืองสิริภคกุล.ตำแหน่ง...ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางสีสุราช...............

เป็นผู้รับเงินในนามของโรงพยาบาล ทั้งนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ..๑๒ กันยายน.๒๕๖๕..เป็นต้นไป จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งโรงพยาบาลจะแจ้งให้บริษัทฯทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

( นางสาธิตา เรืองสิริภคกุล )

โทรศัพท์..๐๔๓ ๗๒๙๑๗๑

โทรสาร....๐๔๓ ๗๒๑๖๑๗...