

โครงการ “สถานีบริการน้ำมันเต็มลิตร”

เลขที่.....
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ “สถานีบริการน้ำมันเต็มลิตร”

1. ข้าพเจ้า(บุคคลธรรมดา,นิติบุคคล).....
อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ต.รอก/ชอย.....
ถนน.....หมายเลขทางหลวง.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทร.....โทรสาร.....อื่นๆ.....

2. สถานที่ประกอบกิจการ.....
อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ต.รอก/ชอย.....
ถนน.....หมายเลขทางหลวง.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทร.....โทรสาร.....อื่นๆ.....

ขอสมัครเข้าร่วมโครงการ “ สถานีบริการน้ำมันเต็มลิตร” โดยยินดีจะปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของโครงการทุกประการ

ลงลายมือชื่อ.....ผู้สมัคร
ประทับตรานิติบุคคล (.....)
(ตำแหน่ง).....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สนใจรายละเอียดของโครงการสามารถสอบถามและยื่นใบสมัครได้ที่

สำนักงานสาขาจังหวัดเขต 1-6 กำแพงเพชร

ศาลากลางจังหวัดกำแพงเพชร ชั้น 1

ถ.กำแพงเพชร-สุโขทัย ต.หนองปลิง อ.เมือง จ.กำแพงเพชร 62000

โทร 055-705133 โทรสาร 055-705134

(ไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น)