



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED
๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐
โทร. ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖-๗, ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

(เอกสารหมายเลข 2)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอฟ้าประจำ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด.....มีรายได้รายเดือนๆ ละ.....บาท มีความประสงค์

จะขอฟ้าประจำ กับสหกรณ์ฯ โดยยินยอมให้หักจากเงินเดือนของข้าพเจ้าทุกเดือนๆ ละ เท่าๆ กัน

ขอฟ้าเดือนละ.....บาท (.....)

ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากประจำ เลขที่.....

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เสนอ ผู้จัดการ

- ได้ดำเนินการบันทึกเรียบร้อยแล้ว

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

อนุมัติให้ดำเนินการ

.....ผู้จัดการ

.....วันที่