



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

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอฝากออมทรัพย์ ฌกส. ประจำเดือน และเปลี่ยนอัตราเงินฝากรายเดือน  
เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ  
ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....  
สังกัด.....มีรายได้เดือนละ.....บาท มีความประสงค์จะขอฝากออม  
ทรัพย์ ฌกส. กับสหกรณ์ฯ โดยยินยอมให้หักจากเงินเดือนของข้าพเจ้าทุกเดือนๆละเท่าๆ กัน  
ขอฝากเดือนละ.....บาท (.....)  
ขอเปลี่ยนจากเดิมเดือนละ.....บาท เป็นเดือนละ.....บาท  
(.....)ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป  
เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ฌกส. เลขที่.....

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เสนอ ผู้จัดการ

- ได้ดำเนินการบันทึกเรียบร้อยแล้ว

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

อนุมัติให้ดำเนินการ

.....ผู้จัดการ

.....วันที่