



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

โทร. ๐-๕๔๓๑-๘๘๔๖-๓, ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๔๓๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอลเปลี่ยนแปลงการส่งเงินงวดชำระหนี้เงินกู้สามัญ

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัด จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

สมาชิกสหกรณ์ฯ เลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วยงาน (สสอ. รพ.).....

ได้กู้เงินสามัญสัญญาที่.....และส่งเงินต้นรายเดือนๆ ละ.....บาท

(.....) มีความประสงค์จะขอเพิ่มส่งรายเดือนเป็น

เดือนละ.....บาท (.....)

ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....