



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด  
NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED  
๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน  
โทร. ๐-๕๕๗๑-๘๘๔๖-๗, ๐-๕๕๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๕๗๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอฝากออมทรัพย์พิเศษประจำเดือน และเปลี่ยนแปลงอัตราเงินฝากรายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด.....มีรายได้รายเดือนๆ ละ.....บาท มีความประสงค์  
จะขอฝากออมทรัพย์พิเศษกับสหกรณ์ฯ โดยยินยอมให้หักจากเงินเดือนของข้าพเจ้าทุกเดือนๆ ละ  
เท่าๆ กัน

[ ] ขอฝากเดือนละ.....บาท (.....)

[ ] ขอเปลี่ยนจากเดิมเดือนละ.....บาท เป็นเดือนละ.....บาท  
(.....) ตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษเลขที่.....

[ ] ขอยกเลิกเงินฝากรายเดือน ตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เสนอ ผู้จัดการ

- ได้ดำเนินการบันทึกเรียบร้อยแล้ว

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

อนุมัติให้ดำเนินการ

.....ผู้จัดการ

.....วันที่