



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED
๕๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐
โทร. ๐-๕๕๗๑-๘๘๕๖-๗, ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๕๗๑-๘๘๕๖ ต่อ ๑๐๘

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงอัตราเงินค่าหุ้นรายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

สังกัด.....มีรายได้รายเดือนๆ ละ.....บาท มีความประสงค์จะขอ

[] เพิ่มส่ง [] ลดส่ง เงินค่าหุ้นรายเดือน เดิมส่งเดือนละ.....บาท เป็นเดือนละ.....บาท

(.....) ทั้งนี้ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ข้าพเจ้าได้ชี้แจงให้สมาชิกรับทราบเงื่อนไขข้อบังคับสหกรณ์ฯ ตามหมวด 3 ข้อ 8 เรียบร้อยและสมาชิกรับทราบตามเงื่อนไขดังกล่าว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ วันที่.....

หมายเหตุ สมาชิกที่ส่งใบขอเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นตั้งแต่วันที่ 1 - 15 ของเดือน สหกรณ์จะดำเนินการให้ในเดือน ถ้าส่งหลังวันที่ 15 ของเดือน สหกรณ์จะดำเนินการให้ในเดือนถัดไป สมาชิกจะขอเปลี่ยนแปลงการส่งค่าหุ้นรายเดือนได้ปีละ 2 ครั้ง เท่านั้น

เสนอ คณะกรรมการดำเนินการ

- เพื่อทราบ

- ได้ดำเนินการ [] เพิ่มส่ง.....บาท ตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป

[] ลดส่ง.....บาท ตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป

.....ผู้จัดการ

.....วันที่