



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 ขอเปลี่ยนสถานภาพจากสมาชิกสมทบเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมทบ เลขทะเบียนที่.....

สังกัดหน่วยงาน.....ได้รับการบรรจุราชการในตำแหน่ง.....

.....มีความประสงค์จะขอโอนเปลี่ยนสถานภาพจากสมาชิกสมทบเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด เมื่อที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการอนุมัติ ให้ข้าพเจ้าโอนเปลี่ยนสถานภาพแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้โอนหุ้น และหรือหนี้ของข้าพเจ้า เพื่อความต่อเนื่องตามระเบียบของสหกรณ์ฯ เพื่อปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ในฐานะสมาชิกตามข้อบังคับ หมวด 5 ข้อ 31,32,33,35 ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่ออนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

บันทึกของเจ้าหน้าที่

1. มีค่าหุ้น ณ วันที่.....จำนวน.....บาท
2. มีหนี้เงินกู้ ณ วันที่.....จำนวน.....บาท
3. โอนหุ้นเรือนหุ้นเป็นสมาชิก จำนวน.....บาท

.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

อนุมัติให้เปลี่ยนสถานะจากสมาชิกสมทบเป็นสมาชิก

.....ประธานกรรมการ

.....วันที่

เรียน ประธานกรรมการ

- เพื่ออนุมัติ

.....ผู้จัดการ

.....วันที่