



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 ขอเปลี่ยนแปลงสภาพจากสมาชิก(พนักงานราชการ)เป็นสมาชิก(ข้าราชการ)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....สมาชิก เลขทะเบียนที่.....

สังกัดหน่วยงาน.....ได้รับการบรรจุจากราชการในตำแหน่ง.....

มีความประสงค์จะขอโอนเปลี่ยนแปลงสภาพจากสมาชิก(พนักงานราชการ)เป็นสมาชิก(ข้าราชการ) สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด เมื่อที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการมีมติอนุมัติ ให้ข้าพเจ้าโอนเปลี่ยนแปลงสภาพแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้โอนหุ้น และหรือหนี้ของข้าพเจ้า เพื่อความต่อเนื่องตามระเบียบของสหกรณ์ฯ เพื่อปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ ในฐานะสมาชิกตามข้อบังคับ หมวด 5 ข้อ 31,32,33,35 ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่ออนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

***หมายเหตุ แบบฟอร์มสำหรับเปลี่ยนแปลงสภาพพนักงานราชการเป็นข้าราชการ เท่านั้น

บันทึกของเจ้าหน้าที่

1. มีค่าหุ้น ณ วันที่.....จำนวน.....บาท

2. มีหนี้เงินกู้ ณ วันที่.....จำนวน.....บาท

3. โอนหุ้นเรือนหุ้นเป็นสมาชิก จำนวน.....บาท

.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

อนุมัติให้เปลี่ยนแปลงสถานะจากสมาชิก(พนักงานราชการ)เป็นสมาชิก(ข้าราชการ)

.....ประธานกรรมการ

.....วันที่

เรียน ประธานกรรมการ

- เพื่ออนุมัติ

.....ผู้จัดการ

.....วันที่