



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED
๔๘๐ 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 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.....

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เสนอ ผู้จัดการ

- ได้ดำเนินการบันทึกเรียบร้อยแล้ว

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

อนุมัติให้ดำเนินการ

.....ผู้จัดการ

.....วันที่