



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ถ. วรวิชัย ต. ในเวียง อ. เมือง จ. น่าน ๕๕๐๐๐

โทร. ๐-๕๔๗๕-๗๕๓๕, ๐-๕๔๗๕-๐๑๑๖, ๐-๕๔๗๑-๐๑๕๐ ต่อ ๑๔๗ โทรสาร ๐-๕๔๗๕-๗๕๓๕

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ในปัจจุบัน.....

.....โทรศัพท์.....

มีเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท มีความประสงค์จะขอให้สหกรณ์ฯ

ดำเนินการถอนเงิน (โอน) จากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษเลขที่.....

ชื่อบัญชี.....ของข้าพเจ้าทุกเดือนๆ ละเท่าๆ กัน

เพื่อส่งค่าหุ้นรายเดือน และหรือส่งเงินงวดชำระหนี้เงินกู้รายเดือน

[] ถอนเพื่อส่งค่าหุ้นรายเดือนๆ ละ.....บาท (.....)

[] ถอนเพื่อชำระหนี้เงินกู้รายเดือนๆ ละ.....บาท (.....)

ทั้งนี้ตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

เสนอ ผู้จัดการ

-ได้ดำเนินการบันทึกเรียบร้อยแล้ว

อนุมัติ

.....เจ้าหน้าที่

.....ประธานกรรมการ

ทราบให้ดำเนินการ

.....ผู้จัดการ