



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

โทร. ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖-๗, ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การเปลี่ยนแปลงการลดชำระค่าหุ้นรายเดือน(มาตรการให้การช่วยเหลือสมาชิกจากผลกระทบCOVID-19)

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

สังกัด.....มีเงินได้รายเดือนๆ.....บาท มีความประสงค์

ขอลดเงินค่าหุ้นรายเดือน เดิมส่งเดือนละ.....บาทเป็นเดือนละ.....บาท

ขอลดตั้งแต่วันที่.....พ.ศ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ สมาชิกที่ส่งใบขอเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นตั้งแต่วันที่ 1 - 15 ของเดือน สหกรณ์จะดำเนินการให้ในเดือนที่ขอลดหุ้น ถ้าส่งหลังวันที่ 15 ของเดือน สหกรณ์จะดำเนินการให้ในเดือนถัดไป

เสนอ คณะกรรมการดำเนินการ

- เพื่อทราบ

- ได้ดำเนินการ [] ลดส่ง.....บาท ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

.....ผู้จัดการ

.....วันที่