



## 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 ของดส่งค่าหุ้นรายเดือน (มาตรการให้การช่วยเหลือสมาชิกจากผลกระทบCOVID-19)

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

สังกัดหน่วยงาน.....มีความประสงค์จะขอส่งเงินค่าหุ้นรายเดือน

แต่จะยังคงสภาพการเป็นสมาชิกอยู่

ณ ปัจจุบันข้าพเจ้าชำระค่าหุ้นรายเดือนๆละ.....บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอส่งค่าหุ้นรายเดือน (มาตรการให้การช่วยเหลือสมาชิกจากผลกระทบCOVID-19) ตั้งแต่วัดเดือน กรกฎาคม 2563 ถึงเดือน กันยายน 2563

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ สมาชิกส่งใบของดส่งค่าหุ้นรายเดือน ตั้งแต่วันที่ 1 - 20 มิถุนายน 2563 โดยจะมีผลได้รับการงดส่งค่าหุ้นรายเดือนตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2563 ถึงเดือน กันยายน 2563 หลังจากนั้นสมาชิกจะต้องส่งชำระค่าหุ้นรายเดือนตามอัตราเดิม

เสนอ คณะกรรมการดำเนินการ

- เพื่อทราบ

- ได้ดำเนินการ [ ] งดส่ง.....บาท ตั้งแต่วันที่.....เดือนกรกฎาคม 2563 ถึงเดือน กันยายน 2563

ผู้จัดการ.....

วันที่.....