



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED
๔๘๑ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐
โทร. ๐-๕๕๗๑-๘๘๔๖-๗, ๐-๕๕๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๕๗๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอยื่นเปลี่ยนแปลงอัตราเงินค่าหุ้นรายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

สังกัด.....มีรายได้รายเดือนๆ ละ.....บาท มีความประสงค์จะขอ

[] เพิ่มส่ง [] ลดส่ง เงินค่าหุ้นรายเดือน เดิมส่งเดือนละ.....บาท เป็นเดือนละ.....บาท

(.....) ทั้งนี้ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ สมาชิกที่ส่งใบขอยื่นเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นตั้งแต่วันที่ 1 - 15 ของเดือน สหกรณ์จะดำเนินการ
ให้ในเดือน ถ้าวางหลังวันที่ 15 ของเดือน สหกรณ์จะดำเนินการให้ในเดือนถัดไป
สมาชิกจะขอยื่นเปลี่ยนแปลงการส่งค่าหุ้นรายเดือนได้ปีละ 2 ครั้ง เท่านั้น

เสนอ คณะกรรมการดำเนินการ

- เพื่อทราบ

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

[] ลดส่ง.....บาท ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

.....ผู้จัดการ

.....วันที่