



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

46/53-54 ซอยศรีโสธรตัดใหม่18 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000

โทร. 0-3851-6731, 096-974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงอัตราการส่งเงินรายเดือนและอื่น ๆ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....สังกัด.....

โทรศัพท์ / มือถือ..... มีเงินได้รายเดือน เดือนละ.....บาท มีความประสงค์ดังนี้

☐ ค่าหุ้นรายเดือน เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท
ตั้งแต่.....พ.ศ.....

☐ เงินรับฝากออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ 10-0000.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....

☐ เงินรับฝากออมทรัพย์พิเศษ บัญชีเลขที่ 20-0000.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....

☐ เงินรับฝากออมทรัพย์เกษียณเปี่ยมสุข บัญชีเลขที่ 30-0000.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....

☐ เงินรับฝากออมทรัพย์หลังเกษียณ บัญชีเลขที่ 40-0000.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....

☐ ขอแจ้งย้ายสังกัดงานใหม่ จาก.....
เป็น..... ตั้งแต่.....พ.ศ.....

(แนบสำเนาคำสั่ง)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

ผู้รับเอกสาร.....ว/ด/ป.....

ผู้บันทึก.....ว/ด/ป.....

ผู้ตรวจสอบ/ประมวลผล.....ว/ด/ป.....