



เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ☐ ขอเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นรายเดือน

☐ ขอเปลี่ยนแปลงเงินต้นสามัญ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์พนักงานกระทรวงสาธารณสุขอุบลราชธานี จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เป็นสมาชิกเลขที่..... สสอ. / รพช. / ฝ่าย ศูนย์.....

อำเภอ.....จังหวัด อุบลราชธานี มีเงินได้รายเดือน.....บาท

ได้ถือหุ้นรายเดือน / เงินต้นสามัญรายเดือน ขอเปลี่ยนแปลงดังรายการต่อไปนี้

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ☐ ขอเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นรายเดือน

☐ ขอเปลี่ยนแปลงเงินต้นสามัญ

☐ เพิ่ม จากเดือนละ.....บาท เป็นเดือนละ.....บาท

☐ ลด จากเดือนละ.....บาท เป็นเดือนละ.....บาท

ขอได้โปรดจัดการตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

----- คณะกรรมการดำเนินงาน

.....ฝ่ายบัญชี

(นางสาวเบญจวรรณ ธานี)

...../...../.....

มติคณะกรรมการดำเนินการ

.....เลขานุการ

...../...../.....