



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด
19 ซ.35 อัสวานนท์ 2 ถ.สุขุมวิท ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270
โทร. 02-7029169 มือถือ 086-3277807 โทรสาร 02-7029169

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ขอเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคาร

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
มีความประสงค์ขอยกเลิกบัญชีธนาคาร.....เลขที่.....
เนื่องจาก.....
ขอเปลี่ยนเป็นบัญชีธนาคาร.....เลขที่.....

เอกสารประกอบมีดังนี้

☐ สำเนาบัตรประชาชน ☐ สำเนานำบัญชีธนาคาร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

***หมายเหตุ ต้องเป็นบัญชีที่รับเงินเดือนจากหน่วยงานเท่านั้น

ผู้รับเอกสาร.....วันที่.....เวลา.....