



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

เรียน แจ้งความประสงค์ต่อสหกรณ์

เรียน ประธานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....
สังกัด.....เงินเดือนปัจจุบัน.....บาท
มีความประสงค์ขอให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด ดำเนินการให้ข้าพเจ้างดต่อไปนี้
ต้องการซื้อหุ้น จำนวน.....หุ้นเป็นเงิน.....บาท(.....)
ต้องการเปลี่ยนแปลงส่งเงินค่าหุ้น รายเดือน จากเดิม.....บาทเป็น.....บาท
ต้องการเปลี่ยนแปลงเงินงวดชำระหนี้ จากเดิม.....บาทเป็น.....บาท
ต้องการชำระหนี้ก่อนกำหนดหรือรวมหนี้
ประเภทเงินกู้.....สัญญาเลขที่.....ต้นเงิน.....บาท ดอกเบี้ย.....บาท
ประเภทเงินกู้.....สัญญาเลขที่.....ต้นเงิน.....บาท ดอกเบี้ย.....บาท
ประเภทเงินกู้.....สัญญาเลขที่.....ต้นเงิน.....บาท ดอกเบี้ย.....บาท

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

บันทึกเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด
ได้ตรวจสอบรายการต่าง ๆ ข้างต้นถูกต้องแล้ว

คณะกรรมการได้มีมติ
ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....
อนุมัติตามคำขอของสมาชิก

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

ผู้รับเอกสาร.....วันที่.....เวลา.....