



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 ขอเปลี่ยนแปลง ชื่อ - นามสกุล และที่อยู่

เรียน ประธานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด ดำเนินการเปลี่ยนแปลง

- ☐ ชื่อเดิม.....ชื่อใหม่.....
- ☐ นามสกุลเดิม.....นามสกุลใหม่.....
- ☐ ที่อยู่
ที่อยู่เดิมเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ใหม่เลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

พร้อมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐาน ตามคำขอดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
3. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับเอกสาร.....วันที่.....เวลา.....