



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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ขอโอนย้ายจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ขอโอนย้ายจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด เพื่อโอนไปเป็นสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์.....
ตั้งแต่วันที่.....สำหรับหนี้สินในฐานะผู้กู้และผู้ค้ำประกัน ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ต่อสหกรณ์ฯ นั้น
ข้าพเจ้าจะได้จัดการชำระ และให้ผู้กู้ซึ่งข้าพเจ้าได้ค้ำประกันไว้เปลี่ยนผู้ค้ำประกันใหม่ให้เสร็จภายในเวลาที่สหกรณ์กำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

เอกสารประกอบพร้อมรับรองสำเนา

1. สำเนาคำสั่งย้าย
2. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน

ลงชื่อ.....
(.....)

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

ได้ตรวจสอบแล้วปรากฏว่า.....สมาชิกผู้ขอโอนย้าย

1. มีค่าหุ้นอยู่ในสหกรณ์.....บาท
2. มีหนี้สินในฐานะผู้กู้ รวมต้นเงินคงเหลือ.....บาท
3. มีหนี้สินในฐานะผู้ค้ำประกัน
 - 3.1 ค้ำประกัน.....ต้นคงเหลือ.....บาท
 - 3.2 ค้ำประกัน.....ต้นคงเหลือ.....บาท
 - 3.3 ค้ำประกัน.....ต้นคงเหลือ.....บาท
 - 3.4 ค้ำประกัน.....ต้นคงเหลือ.....บาท

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

มติคณะกรรมการดำเนินการ

คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด ในการประชุมคณะกรรมการดำเนินการ
ครั้งที่...../.....เมื่อ.....มีมติให้.....
โอนไปเป็นสมาชิกของสหกรณ์.....ได้

ลงชื่อ.....

กรรมการ / เลขานุการ

ผู้รับเอกสาร.....วันที่.....เวลา.....