



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

46/53-54 ซอยศรีโสธรตัดใหม่18 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง ฉะเชิงเทรา 24000

โทร. 0-3851-6731 , 096-974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงอัตราการส่งเงินรายเดือนและอื่น ๆ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....สังกัด.....

โทรศัพท์ / มือถือ..... มีเงินได้รายเดือน เดือนละ.....บาท มีความประสงค์ดังนี้

ค่าหุ้นรายเดือน เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท
ตั้งแต่.....พ.ศ.....

เงินต้น ประเภทเงินกู้..... สัญญาเลขที่.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....
กรุณาให้ผู้ค้าประกันลงนามรับทราบการขอเปลี่ยนแปลง

.....
(.....) (.....) (.....)

.....
(.....) (.....) (.....)

***แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ค้า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง และคาดหน้าบัตรประชาชนว่า "ใช้ในการลดเงินต้นกู้ของ.....เท่านั้น"

เงินรับฝากออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ 10-0000.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....

เงินรับฝากออมทรัพย์พิเศษ บัญชีเลขที่ 20-0000.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....

เงินรับฝากออมทรัพย์เกษียณเปี่ยมสุข บัญชีเลขที่ 30-0000.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....

เงินรับฝากออมทรัพย์หลังเกษียณ บัญชีเลขที่ 40-0000.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....

ขอแจ้งย้ายสังกัดงานใหม่ จาก.....
เป็น..... ตั้งแต่.....พ.ศ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)