สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด
Kalasin Health Savings and Credit Cooperatives Limited

****

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรื่อง ขอเปลี่ยนอัตราส่งเงินฝากรายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด

ข้าพเจ้า..... สมาชิกเลขที่.....บัญชีเงินฝากเลขที่..... ประเภท ออมทรัพย์พิเศษ/ออมทรัพย์ธรรมดา/ฝากประจำ สังกัดหน่วยอำเภอ/โรงพยาบาล..... จังหวัดกาฬสินธุ์ เดิมส่งเงินฝากรายเดือนเข้าบัญชีเงินฝากเดือนละ..... บาท บัดนี้ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอส่งเงินฝากหักเข้าบัญชีเงินฝาก เพิ่มขึ้น/ลดลง เป็นหักส่งเดือนละ.....บาท ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ..... เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ .....

(.....)

* แนบสลิปเงินเดือน