สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด

Kalasin Health Savings and Credit Cooperatives Limited

****

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงอัตราส่งเงินหุ้นรายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด

ข้าพเจ้า..... สมาชิกเลขที่.....
สังกัด (สสอ./สสก./รพ.).....จังหวัดกาฬสินธุ์ เงินเดือน.....บาท
เดิมส่งเงินค่าหุ้นรายเดือน ๆ ละ.....บาท บัดนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอส่งเงินค่าหุ้นเป็นเดือนละ.....บาท ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. .....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ……..…….

(.....)

เสนอคณะกรรมการดำเนินการ

ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้วเห็นสมควรให้ เพิ่มขึ้น / ลดลง ได้ตามความประสงค์และตามข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด

ลงชื่อ…….

(.....)

เจ้าหน้าที่

...../...../.....

มติคณะกรรมการดำเนินการ

คณะกรรมการดำเนินการในที่ประชุมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ได้พิจารณาแล้วมีมติให้เพิ่มขึ้น / ลดลง ได้ตามความประสงค์

ลงชื่อ……..…….

(.....)

บันทึก

* แนบสลิปเงินเดือน

...../...../.....