



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

NAKHON SI THAMMARAT PUBLIC HEALTH OF SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE, LIMITED.

บ/๙๙-๑๐๐ ถ.พัฒนาการคูขวาง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ๘๐๐๐ โทร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๒, ๐๗๕-๗๗๔๖๗๓
โทรสาร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๑ E-mail www.nhpcoop.com

วันที่.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงการถือหุ้นรายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

สังกัดหน่วยงาน.....รับเงินได้รายเดือน.....บาท มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลง

การถือหุ้นรายเดือนจากอัตรา.....บาท เป็น.....บาท

ตั้งแต่ประจำเดือน.....เป็นต้นไป

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

สมาชิก

เรียน ผู้จัดการ

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่ารายละเอียดข้างต้นถูกต้องตามระเบียบว่าด้วยหุ้นและมติที่ประชุมคณะกรรมการ

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

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน ประธานกรรมการ

- เพื่อทราบ
- เพื่อนำเรียนที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการพิจารณาอนุมัติ

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

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

งานธุรการ

โทร.(๐๗๕) ๗๗๔๖๗๒-๓

โทรสาร.(๐๗๕) ๗๗๔๖๗๑