



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

34 – 35 ถนนสามัคคีสุข 1 ตำบลบ่อยาง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

โทรศัพท์ 0-7431-3229 , 0-7443-6760 โทรสาร 0-7443-6759 www.spsc-coop.com

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งความประสงค์ต่อสหกรณ์

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....

บัตรประชาชน/ข้าราชการ เลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....

สังกัด..... มีความประสงค์ขอให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ดำเนินการให้ข้าพเจ้างดต่อไปนี้

ต้องการซื้อหุ้น จำนวน.....หุ้น เป็นเงิน.....บาท (.....)

ต้องการเปลี่ยนแปลงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนจากเดิม.....บาท เป็นบาท
ตั้งแต่ เป็นต้นไป

ต้องการเปลี่ยนแปลง ชื่อ - สกุล จากเดิม.....
เปลี่ยนเป็น.....

ต้องการเปลี่ยนแปลงสถานที่เก็บเงินหักส่งรายเดือน จากเดิม.....
เปลี่ยนเป็น.....

เกี่ยวกับเงินฝาก (โปรดแจ้งความประสงค์ที่ต้องการให้สหกรณ์ฯ เปลี่ยนแปลง)

.....
.....
.....
 อื่น ๆ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

-- สำหรับเจ้าหน้าที่ --

- แก้ไขในระบบโดย.....
- ดำเนินการแล้ว โดย.....
- ตั้ง POP-UP โดย.....
- อื่นๆ(ระบุ).....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

หมายเหตุ :

1. แนบสำเนาบัตรประชาชน / ข้าราชการ พร้อมรับรองสำเนา

เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร

2. การเปลี่ยนแปลงรายการใดๆ ต้องอยู่ในระเบียบและข้อบังคับสหกรณ์เท่านั้น

.....

3. การเปลี่ยนแปลงชื่อ -นามสกุล ที่อยู่ ต้องแนบใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล , หรือสำเนาทะเบียนสมรส ,

วันที่.....

หรือสำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีเปลี่ยนที่อยู่) พร้อมรับรองสำเนา