



รับที่.....
วันที่.....
ผู้รับ.....เวลา.....น.

สภกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

แบบแสดงความจำนงยินยอมให้หักเงินเดือน ณ ต้นสังกัด / หักจากบัญชีออมทรัพย์

เขียนที่

วันที่

เรียน ผู้จัดการ

- ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
เลขทะเบียนสมาชิกที่ สังกัดเดิม
ที่อยู่ติดต่อได้.....
.....โทรศัพท์มือถือ.....
- ขอแจ้งเรื่องย้ายที่ทำงานใหม่ไปที่
 องค์การบริหารส่วนตำบล..... ที่อยู่ทำงาน.....
.....เบอร์โทรศัพท์.....
 องค์การบริหารส่วนจังหวัด..... ที่อยู่ทำงาน.....
.....เบอร์โทรศัพท์.....
 เทศบาล..... ที่อยู่ทำงาน.....
.....เบอร์โทรศัพท์.....
 อื่น ๆ ที่อยู่ทำงาน.....
.....เบอร์โทรศัพท์.....
- มีความประสงค์ให้สภกรณ์ ฯ หักเงินเพื่อชำระหนี้เงินกู้และหุ้น จาก
 หักบัญชีออมทรัพย์เลขที่.....
 หักเงินเดือน ณ ต้นสังกัด.....
เริ่มตั้งแต่เดือน.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

..... ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)