



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

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
แบบแสดงความจำนงขอ เพิ่ม/ ลด/ หยุดส่งค่าหุ้นรายเดือน

เขียนที่

วันที่

เรียน ผู้จัดการ

1. ชื่อสมาชิก ตำแหน่ง
- เลขทะเบียนสมาชิกที่ สังกัดโรงพยาบาล
- โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอ

เพิ่มค่าหุ้นรายเดือน พร้อมแนบสลิปเงินเดือนล่าสุด

จากเดิมเดือนละ บาท เป็นเดือนละ บาท

ทั้งนี้ มีผลตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ.

เดือนกรกฎาคม พ.ศ.

เดือน (ระบุ) พ.ศ.....

ลดค่าหุ้นรายเดือน จากเดิมเดือนละ บาท เป็นเดือนละ บาท

ทั้งนี้ มีผลตั้งแต่เดือน พ.ศ.

หยุดส่งค่าหุ้นรายเดือน จากเดิมเดือนละ บาท เป็นเดือนละ0..... บาท

ทั้งนี้ มีผลตั้งแต่เดือน พ.ศ.

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

..... ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)