



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

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

แบบแสดงความจำนงขอ เพิ่ม/ ลด/ เงินฝากเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

เขียนที่

วันที่

เรียน ผู้จัดการ

1. ชื่อสมาชิก ตำแหน่ง
เลขทะเบียนสมาชิกที่ สังกัดโรงพยาบาล
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....
2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอ เพิ่ม/ ลด/ เงินฝากออมทรัพย์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

จากเดิม เดือนละ บาท เป็นเดือนละ บาท

ทั้งนี้ ตั้งแต่เดือน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

..... ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)