



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

สภกรณ์อ้อมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
แบบแสดงความจำนงขอ เพิ่ม/ ลด/ หยุดส่งค่าหุ้นรายเดือน

เขียนที่

วันที่

เรียน ผู้จัดการ

1. ชื่อสมาชิก ตำแหน่ง
เลขทะเบียนสมาชิกที่ สังกัดโรงพยาบาล
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....
2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอ เพิ่ม/ ลด/ หยุดส่งค่าหุ้นรายเดือนจากเดิม
เดือนละ บาท เป็นเดือนละ บาท
ทั้งนี้ ตั้งแต่เดือน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

..... ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)