



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

สภากาชาดไทย

สหกรณ์ออมทรัพย์วิชิรพยาบาล จำกัด

แบบแสดงความจำนงขอ เพิ่ม/ ลด เงินงวดชำระหนี้ประเภทเงินกู้สามัญ/ พิเศษ

เขียนที่

วันที่

เรียน ผู้จัดการ

- ชื่อสมาชิก ตำแหน่ง
- เลขทะเบียนสมาชิกที่ สังกัดโรงพยาบาล
- โทรศัพท์ที่ทำงาน
- ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอ เพิ่ม/ ลด เงินงวดชำระหนี้ประเภทเงินกู้สามัญ/ พิเศษ
- จากเดือนละ บาท เป็นเดือนละ บาท
- ตั้งแต่วันที่ ตั้งแต่เดือน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

..... ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)