



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

## แบบแสดงความจำนงโอนเงินปันผล - เฉลี่ยคืน

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการ

- ชื่อสมาชิก.....ตำแหน่ง.....  
เลขทะเบียนสมาชิกที่.....สังกัด.....  
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....  
อีเมล.....

2. มีความประสงค์ให้สหกรณ์ฯ ดำเนินการ ดังนี้

ขอโอนเงินปันผล - เฉลี่ยคืน เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ฯ

เลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์  -  -      -

พร้อมแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป

.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

### หมายเหตุ

กรุณาส่งเอกสารฉบับนี้กลับมาที่สหกรณ์ฯ ภายในวันศุกร์ที่ 3 กันยายน 2564

หากไม่ส่งกลับสหกรณ์ฯ จะดำเนินการโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ที่สมาชิกได้ทำการแจ้งไว้กับทางสหกรณ์ฯ เช่นเดิม