



รับที่
วันที่
ผู้รับ เวลา

**แบบแสดงความจำนงโอนเงินปันผล – เฉลี่ยคืน เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ฯ
ประจำปีบัญชี 2565**

เขียนที่.....
วันที่.....

เรียน ผู้จัดการ

- ชื่อสมาชิก.....ตำแหน่ง.....
เลขทะเบียนสมาชิกที่.....สังกัด.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....
อีเมล.....
- มีความประสงค์ให้สหกรณ์ฯ ดำเนินการ ดังนี้

ขอโอนเงินปันผล – เฉลี่ยคืน เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ฯ

เลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ - - -

พร้อมแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ดำเนินการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในแบบแสดงความจำนงฉบับนี้ เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานการจ่ายเงินปันผล – เฉลี่ยคืน ประจำปีบัญชี 2565 ของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้าถือว่าคู่ฉบับ และบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ โทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจากแบบแสดงความจำนงฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ภาพถ่ายหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป

.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

หมายเหตุ

กรุณาส่งเอกสารฉบับนี้กลับมาที่สหกรณ์ฯ ภายในวันพุธที่ 31 สิงหาคม 2565

หากไม่ส่งกลับสหกรณ์จะดำเนินการโอนเงินปันผล – เฉลี่ยคืน เข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ที่สมาชิกได้ทำการแจ้งไว้กับทางสหกรณ์ฯ เช่นเดิม