



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

NAKHON SI THAMMARAT PUBLIC HEALTH OF SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE, LIMITED.

6/99-100 ถ.พัฒนาการคูขวาง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000 โทร.075-774672 , 075-774673

โทรสาร.075-774671 E-mail : nhpcoop@hotmail.com

วันที่.....

เรื่อง ของดชำระเงินค่าหุ้นรายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว..... เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

อายุการเป็นสมาชิก งวด สังกัดหน่วยงาน.....

มีทุนเรือนหุ้น จำนวน บาท (.....)

ไม่มีหนี้สินต่อสหกรณ์ในฐานะผู้กู้หรือผู้ค้ำประกัน มีความประสงค์ของดส่งค่าหุ้นรายเดือนตั้งแต่
เดือน..... เป็นต้นไป

.....
(.....)

สมาชิก

เรียน ผู้จัดการ

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่ารายละเอียดข้างต้นถูกต้อง

.....
(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน ประธานกรรมการ

- นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการครั้งที่ /..... วันที่

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

.....
(.....)

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

งานธุรการ

โทร. 075-774672 , 075-774673

โทรสาร. 075-774671