



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

HEALTH PUBLIC NAKHONSITHAMMARAT SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

6/99-100 ถ.พัฒนาการอุทวัน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000 โทร.075-774672-3

โทรสาร.075-774671

วันที่.....

เรื่อง ขอให้หักบัญชีเงินฝากผ่านเงินเดือน

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนที่.....
สังกัด.....เงินได้รายเดือนบาท มีความประสงค์ให้หักบัญชีเงินฝากดังนี้

บัญชีเงินฝาก.....บัญชีเลขที่.....
จำนวน.....บาท ตั้งแต่ประจำเดือน.....

บัญชีเงินฝาก.....บัญชีเลขที่.....
จำนวน.....บาท ตั้งแต่ประจำเดือน.....

บัญชีเงินฝาก.....บัญชีเลขที่.....
จำนวน.....บาท ตั้งแต่ประจำเดือน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

เจ้าของบัญชี

เรียน ผู้จัดการ

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่ารายละเอียดข้างต้นถูกต้อง

(นางทิฆัมพร วรรณปทุมจินดา)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

งานธุรการ

โทร.(075) 774672-3

โทรสาร.(075) 774671