



เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นรายเดือน
 ขอเปลี่ยนแปลงเงินต้นสามัญ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....เป็นสมาชิกเลขที่.....

หน่วยงานเบอร์โทร.....

มีเงินได้รายเดือน.....บาท

ได้ถือหุ้นรายเดือน / เงินต้นสามัญรายเดือน ขอเปลี่ยนแปลงดังรายการต่อไปนี้

- ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นรายเดือน
 ขอเปลี่ยนแปลงเงินต้นสามัญ.....

เพิ่ม จากเดือนละ.....บาท เป็นเดือนละ.....บาท

ลด จากเดือนละ.....บาท เป็นเดือนละ.....บาท

ขอได้โปรดจัดการตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง.....

.....เจ้าหน้าที่
(.....)

.....ผู้จัดการ
(.....)

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

มติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ ครั้งที่/..... วันที่