



เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นรายเดือน

ขอเปลี่ยนแปลงเงินต้นสามัญ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

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

ส.สอ. / รพช. / ฝ่าย / ศูนย์.....อำเภอ.....จังหวัดอุบลราชธานี

มีเงินได้รายเดือน.....บาท ได้ถือหุ้นรายเดือน / เงินต้นสามัญรายเดือน ขอเปลี่ยนแปลงดังรายการต่อไปนี้

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นรายเดือน

ขอเปลี่ยนแปลงเงินต้นสามัญ

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

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

ขอได้โปรดจัดการตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

คณะกรรมการดำเนินงาน

.....เจ้าหน้าที่ธุรการ

(นางวราภรณ์ ธงไชย)

...../...../.....

มติคณะกรรมการดำเนินการ

.....กรรมการและเลขานุการ

...../...../.....

ได้จัดการดังต่อไปนี้แล้ว

- ลงทะเบียนหุ้นและแจ้งสมาชิกทราบเพื่อเป็นตัวอย่างต่อไปแล้ว