



หนังสือยินยอมให้หักเงินปันผล-เฉลี่ยคืน
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

เขียนที่

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า เลขทะเบียนสมาชิก

รับราชการหรือทำงานประจำในตำแหน่ง สังกัด

โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์บ้าน

ยินยอมให้ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ดำเนินการหักเงินปันผล-เฉลี่ยคืนประจำปี เพื่อการดังต่อไปนี้ (ให้กาเครื่องหมาย ในช่องว่างที่ต้องการระบุเพิ่มเติม)

ทุนเรือนหุ้น

ชำระหนี้เงินกู้ เงินกู้ฉุกเฉิน เงินกู้สามัญ เงินกู้พิเศษ

เงินฝาก-ออมทรัพย์พิเศษ เลขที่บัญชี.....

เงินฝาก-ออมทรัพย์พิเศษ เลขที่บัญชี..... เพื่อให้เจ้าหน้าที่-

สหกรณ์ผู้ได้รับมอบหมายดำเนินการถอนเงินโดยอัตโนมัติเพื่อชำระการ ดังต่อไปนี้

สามัญ สมทบ สมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
ในวันทำการแรกของเดือนมกราคม ของทุกปี

สามัญ สมทบ สมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย จำกัด
ในวันทำการสุดท้ายของเดือนธันวาคม ของทุกปี

สามัญ สมทบ สมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย
ในวันทำการสุดท้ายของเดือนมกราคม ของทุกปี

ประกันชีวิตและประกันภัยผู้ค้าประกัน (กรณีที่ทำไว้)

อื่นๆ (ระบุ)

.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

.....พยาน/สมาชิก
(.....)

.....พยาน/สมาชิก
(.....)