



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

AMNATCHAROEN PROVINCIAL HEALTH SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE LIMITED

819 ม. 16 ต.บุ่ง อ.เมืองอำนาจเจริญ จ.อำนาจเจริญ 37000 โทร.081-579-1868 www.supsasookamnat.com

819 moo.16 Bung Meung Amnatcharoen 37000 Tel : 081-579-1868 ://www.supsasook.amnat.com

แบบแสดงความจำนงการหัก เพิ่ม ลด งด เงินฝากออมทรัพย์พิเศษ

เรียน ผู้จัดการ

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาวเลขที่สมาชิก

สังกัดหน่วยงาน รพ. / สสอ. / รพ.สต.....ขอแสดงความจำนงให้
สหกรณ์ดำเนินการดังนี้

สมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ เลขที่

ชื่อบัญชี.....

- () **หัก** เงินเดือนเพื่อฝากเข้าบัญชีออมทรัพย์พิเศษ ในอัตรารายเดือนๆ ละบาท
- () **เพิ่ม** การหักเงินเดือนเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ เป็นอัตรารายเดือนๆละบาท
- () **ลด** การหักเงินเดือนเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ เป็นอัตรารายเดือนๆละบาท
- () **งด** การหักเงินเดือนเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ

ลงชื่อ

(.....)

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

เอกสารแนบท้าย

() สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

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

เลขที่ขอเปลี่ยนแปลง.....