



เปลี่ยนแปลงการชำระเงินกู้

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงการชำระหนี้เงินกู้รายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สสอ./รพช./ฝ่าย.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นสมาชิกเลขที่..... มีเงินได้รายเดือน.....บาท

ได้ชำระเงินกู้รายเดือนอยู่ประจำเดือนละ.....บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการชำระเงินกู้รายเดือนดังนี้

เพิ่มเป็นเดือนละ.....บาท

ลดเป็นเดือนละ.....บาท

ขอได้โปรดจัดการตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

คณะกรรมการดำเนินการ.....เจ้าหน้าที่

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

มติคณะกรรมการดำเนินการ.....เลขานุการ

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

ได้จัดการดังต่อไปนี้แล้ว

ลงทะเบียนหุ้น

แจ้งให้สมาชิกทั่วไปทราบเพื่อเป็นตัวอย่างต่อไปแล้ว

.....

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