



ใบแสดงเจตนาบริจาคเงินสมทบ
สวัสดิการเพื่อพัฒนาสาธารณสุขและความมั่นคงของสมาชิก (ส.พ.ค.)

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสาธารณสุขออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน -

รับราชการในตำแหน่ง.....สังกัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ติดต่อสะดวก).....

ได้รับทราบข้อความในระเบียบว่าด้วย สวัสดิการเพื่อพัฒนาสาธารณสุขและความมั่นคงของสมาชิก (ส.พ.ค.) และเห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ จึงมีความประสงค์ขอบริจาคเงินเข้ากองทุนสวัสดิการฯ นี้ โดยไม่มีเงื่อนไขดังนี้ (โปรดระบุ ลงในช่องว่าง)

1) จำนวนร้อยละ 0.1 ของวงเงินที่ได้รับอนุมัติ ครั้งแรก และจำนวนร้อยละ 0.1 ของจำนวนเงินคงเหลือรับสุทธิ ในครั้งต่อไป เป็นเงิน.....บาท

ข้าพเจ้า รับทราบและจะปฏิบัติตามระเบียบนี้ และขอยืนยันข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้แสดงเจตนา

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)