



สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก

เลขที่รับ

วันที่

แบบแจ้งความประสงค์เข้าร่วม “โครงการสินเชื่อเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยรถยนต์และรถจักรยานยนต์”

ประจำปีบัญชี 2569

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

วันที่

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า เลขที่สมาชิก อายุ ปี
ปฏิบัติงานในตำแหน่งสังกัด ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ
..... บาท เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้ มีความประสงค์จะเข้าร่วม
“โครงการสินเชื่อเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยรถยนต์และรถจักรยานยนต์” ประจำปีบัญชี 2569

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจในข้อบังคับ และระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
และยินยอมถือปฏิบัติตามทุกประการ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- | | |
|---|------------------|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน 1 ฉบับ |
| ☐ สลิปเงินเดือน (เดือนล่าสุด) | จำนวน 1 ฉบับ |
| ☐ สำเนาหน้าสมุดคู่มือรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ | จำนวน 1 ฉบับ/คัน |

ลงชื่อ

(.....)

เลขที่สมาชิก

- หมายเหตุ :
1. หหมดเขตส่งภายในวันที่ 20 กันยายน 2569
 2. เงื่อนไขการอนุมัติเงินกู้ตามโครงการฯ ให้เป็นไปตามระเบียบสหกรณ์ฯ กำหนด