



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

AMNATCHAROEN PROVINCIAL HEALTH SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE LIMITED

366 ถนนชยางกูร อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ 37000 โทรศัพท์ 0-4545-1581 โทรสาร 0-4545-1508 www.supsasookamnat.com

366 Changangoon road, Meung Amnatcharoen 37000 Tel : 0-4545-1581 Fax : 0-4545-1508 www.supsasookamnat.com

แบบแสดงความจำนงการหัก เพิ่ม ลด งด เงินฝากออมทรัพย์พิเศษ

เรียน ผู้จัดการ

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาวสมาชิกเลขที่

สังกัดหน่วยงาน รพ. / สสอ. / รพ.สต.ขอแสดงความจำนงให้สหกรณ์ฯ
ดำเนินการดังนี้

สมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ เลขที่

ชื่อบัญชี

() **หัก** เงินเดือนเพื่อฝากเข้าบัญชีออมทรัพย์พิเศษ ในอัตรารายเดือนๆ ละบาท

() **เพิ่ม** การหักเงินเดือนเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ ในอัตรารายเดือนๆละบาท

() **ลด** การหักเงินเดือนเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ ในอัตรารายเดือนๆละบาท

() **งด** การหักเงินเดือนเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ

ลงชื่อ

(.....)

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

เอกสารแนบท้าย

() สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

เลขที่ขอเปลี่ยนแปลง.....

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