ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
เรื่อง ขยายระยะเวลาเข้าร่วมมาตรการช่วยเหลือลดส่งค่าหุ้นรายเดือนคงเหลือ 3% ให้กับสมาชิก (ตามความสมัครใจ)

.....

ตามที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ได้ประกาศ เรื่อง มาตรการช่วยเหลือลดส่งค่าหุ้นรายเดือนคงเหลือ 3% ให้กับสมาชิก (ตามความสมัครใจ) เพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกมีเงินเหลือเพียงพอในการดำรงชีพ โดยขยายระยะเวลาเข้าร่วมฯ ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 นั้น

เนื่องจากยังมีสมาชิกให้ความสนใจสมัครเข้าร่วมโครงการฯ เป็นจำนวนมากและเพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกมีเงินเหลือเพียงพอในการดำรงชีพ โดยมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 31 ครั้งที่ 12/2568 วันที่ 26 กันยายน 2568 จึงมีมติให้ขยายระยะเวลาจนถึงวันที่ 30 กันยายน 2569 ซึ่งมีรายละเอียดคุณสมบัติตามประกาศฯ เดิม

ประกาศ ณ วันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2568

(นายไมตรี แก้วมงคล)
ประธานกรรมการ
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก
เลขที่รับ ...../.....
วันที่ .....

แบบแจ้งความประสงค์เข้าร่วม “มาตรการช่วยเหลือลดส่งค่าหุ้นรายเดือนคงเหลือ 3% ให้กับสมาชิก (ตามความสมัครใจ) ประจำปีบัญชี 2569”

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....อายุ.....ปี ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สังกัด.....ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....มีความประสงค์จะเข้าร่วม ***มาตรการช่วยเหลือลดส่งค่าหุ้นรายเดือนคงเหลือ 3% ถึงวันที 30 กันยายน 2569***

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะนำไปใช้จ่าย ดังนี้

1. .....
2. .....

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจในข้อบังคับ และระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด และยินยอมถือปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ .....

(.....)

เลขที่สมาชิก.....

หมายเหตุ : สิ้นสุดมาตรการช่วยเหลือฯ วันที่ 30 กันยายน 2569