



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลน่าน จำกัด
NAN HOSPITAL SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED
เลขที่ 1 ถ.วรวิชัย อ.เมือง จ.น่าน 55000 โทร 054-719000 ต่อ 1416

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงค่าหุ้น

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัดหน่วยงาน.....เบอร์โทร.....

อัตราเงินเดือน เดือนละ.....บาท

ต้องการเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นสะสมรายเดือนแบบชั่วคราว จากเดิม.....บาท

เป็น.....บาท ตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป ถึงสิ้นปีบัญชี ปี.....

ต้องการเปลี่ยนแปลงค่าหุ้นสะสมรายเดือนแบบถาวร จากเดิม.....บาท

เป็น.....บาท ตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

บันทึกของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ ได้ตรวจสอบแล้วปรากฏว่า

1. เดิมส่งหุ้นสะสมรายเดือน ๆ ละหุ้น (.....บาท)
ส่งหุ้นมาแล้ว.....งวด มียอดหุ้นทั้งสิ้น.....บาท
และเป็นหนี้เงินกู้.....ตามหนังสือกู้ที่...../.....วันที่.....
ปัจจุบันยอดหนี้สินคงเหลือ.....บาท
2. มีภาระค้ำประกัน ไม่มีภาระค้ำประกัน
3. อื่น ๆ ถ้ามี.....

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์
...../...../.....

มติคณะกรรมการดำเนินการ

ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการครั้งที่/.....วันที่.....
มีมติให้.....

.....เลขานุการ

เจ้าหน้าที่รับเอกสาร.....วันที่.....