

บันทึกข้อความ

สถานที่ทำการ

ที่ วันที่.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับกองทุนรวมน้ำใจช่วยเหลือสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

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

หน่วยงาน.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ขอเปลี่ยนผู้รับผลประโยชน์
จากเดิมเป็นรายชื่อดังต่อไปนี้

1.

2.

3.

4.

5.

ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบ

.....

(.....)

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนรวมน้ำใจช่วยเหลือสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

เขียนที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....ปฏิบัติราชการอยู่ที่.....
อำเภอ.....จังหวัด.....ในตำแหน่ง.....
ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนรวมน้ำใจช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด โดยข้าพเจ้า
ได้ชำระเงินค่าสมัครเป็นเงินสด / หักจากเงินเดือน เดือน.....จำนวน 100.00 บาท
(หนึ่งร้อยบาทถ้วน) พร้อมใบสมัครนี้แล้วและข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามกฎ และระเบียบข้อบังคับของกฎและระเบียบ
ว่าด้วย การเป็นสมาชิกของกองทุนรวมน้ำใจช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์นี้ โดยเคร่งครัด ทุกประการ ข้าพเจ้า
จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้สมัคร


(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้รับรอง

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้รับรอง

หมายเหตุ

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลง หรือทุพพลภาพไร้ความสามารถที่จะปฏิบัติราชการในหน้าที่ไม่ได้
โดยทางราชการให้ออกจากราชการ ข้าพเจ้าขอมอบให้ผู้ที่มิชื่อต่อไปนี้เป็นผู้มารับเงินกองทุน
รวมน้ำใจช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด 2 ใน 3 คน

1. ชื่อเกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
2. ชื่อเกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
3. ชื่อเกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

(ลงชื่อ).....


(นายแพทย์วิริยะ เอี้ยวประเสริฐ)

ประธานกรรมการ