สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

แบบฟอร์มแสดงความจำนง ขอรับสวัสดิการกองทุนรวมใจฯ

เขียนที่..

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

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิก

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว...
สมาชิกสหกรณ์เลขที่....................หน่วยงาน.. เบอร์โทรศัพท์.............................
มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการกองทุนรวมใจ ตามระเบียบฯว่าด้วย ทุนเพื่อกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิก
ดังนี้

☐ 1 แบบรายเดือนเดือนละ 1,000 บาท 10 เดือน ในวันที่ 15 ของทุกเดือน

☐ 2 แบบรายปี ปี ละ 10,000 บาท ในวันเกิดของสมาชิก

☐ 3 แบบคงเดิมจ่ายให้กับสมาชิกในวันเกิดของสมาชิก

โดยโอนเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษเลขที่..

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)……………………………………….สมาชิกสหกรณ์ฯ

(..)