



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

9/22 ถนนเทศบาลบำรุง ตำบลท้ายช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา 82000

โทรศัพท์ 076 412413 , 412414 , 086 6915875 , 080 6496703 โทรสาร 076 413436

The Provincial Health Phang-nga Of Savings and Credit Cooperatives Limited

แบบฟอร์มแจ้งความจำนงให้หักเงินปันผลประจำปี

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง แจ้งความจำนงให้หักเงินปันผลประจำปี

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ทะเบียนสมาชิกเลขที่.....

สังกัดหน่วยงาน..... มีความประสงค์ขอให้ทางสหกรณ์หักเงินปันผลประจำปี เพื่อชำระเงิน

ค่าต่างๆ ต่อไปนี้

หักเงินจากปันผลเฉพาะ ปี.....

หักเงินจากปันผลทุกๆปี

ค่าเบี้ยประกันชีวิต

สสท. ของตนเอง

สสท. ประเภทสมทบ (คู่สมรส,บุตร,บิดามารดา)

สส.ชสอ. ของตนเอง

สสอ.ชสอ.ประเภทสมทบ (คู่สมรส,บุตร,บิดามารดา)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)