



สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

41 ถนนยุทธดำเนิน อำเภอเมือง ฉช. 24000 โทร./โทรสาร 0-3851-6731

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงอัตราการส่งเงินรายเดือนและอื่น ๆ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....สังกัด.....

มีเงินได้รายเดือน เดือนละ.....บาท มีความประสงค์ดังนี้

ค่าในรายเดือน เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท
ตั้งแต่.....พ.ศ.....

เงินต้น ประเภทเงินกู้..... สัญญาเลขที่.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....
กรุณาให้ผู้ค้าประกันลงนามรับทราบการขอเปลี่ยนแปลง

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

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

เงินรับฝากออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ 10-0000.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....

เงินรับฝากออมทรัพย์พิเศษ บัญชีเลขที่ 20-0000.....
เดิมส่ง.....บาท ขอส่งเป็น.....บาท ตั้งแต่.....พ.ศ.....

ขอแจ้งย้ายสังกัดงานใหม่ จาก.....
เป็น..... ตั้งแต่.....พ.ศ.....

อื่น ๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)