

แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลงเงินค่าหุ้นรายเดือน
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

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

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงหุ้นรายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

สังกัด.....มีเงินได้รายเดือน.....บาท บัดนี้มีความประสงค์

ขอเปลี่ยนแปลง รายการต่อไปนี้

- เงินค่าหุ้น เดิมส่ง บาท ขอเพิ่มเป็น.....บาท

- เงินค่าหุ้น เดิมส่ง..... บาท ขอลดเหลือ.....บาท

ทั้งนี้ตั้งแต่ เดือน..... เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

เสนอคณะกรรมการดำเนินการ

.....

.....

(.....) เจ้าหน้าที่สหกรณ์

มติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ

.....

.....

(.....)

เลขานุการ

รายละเอียดประกอบการพิจารณากรณีขอลดเงินค่าหุ้น

เงินได้รายเดือน

(บาท)

ไม่เกิน 10,000 บาท

ตั้งแต่ 10,001 บาท

ตั้งแต่ 15,001 บาท

ตั้งแต่ 20,001 บาท

ตั้งแต่ 25,001 บาท

ตั้งแต่ 30,001 บาท

ตั้งแต่ 35,001 บาท

ถือหุ้นรายเดือน

(หุ้น)

50

60

70

80

100

120

150

ถึง 15,000 บาท

ถึง 20,000 บาท

ถึง 25,000 บาท

ถึง 30,000 บาท

ถึง 35,000 บาท

ขึ้นไป