เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงอัตราส่งเงินค่าหุ้น

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการแพทย์ จำกัด

ข้าพเจ้า..... สมาชิกเลขทะเบียนที่.....
หน่วยงาน..... เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....
มีเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท **(โปรดแนบสลิปเงินเดือนมาพร้อมเอกสารนี้)** มีความประสงค์จะขอเปลี่ยนแปลงค่าหุ้น ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ..... เป็นต้นไป

❒ เพิ่มขึ้น จากเดิม.....บาท เพิ่ม.....บาท เป็นส่งค่าหุ้นเดือนละ.....บาท

❒ ลดลง จากเดิม.....บาท ลด.....บาท เป็นส่งค่าหุ้นเดือนละ.....บาท

<u>ระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยการส่งเงินค่าหุ้น</u>
<u>พ.ศ. 2564 บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 2565</u>
- เงินเดือนไม่เกิน 29,999 บาท
  ส่งค่าหุ้นรายเดือนได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท
- เงินเดือน 30,000 บาท ขึ้นไป
  ส่งค่าหุ้นรายเดือนได้ไม่เกินเดือนละ 3,000 บาท

ขอแสดงความนับถือ

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

เสนอ คณะกรรมการดำเนินการ

เพื่อพิจารณาให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงอัตราส่งเงินค่าหุ้น ต่อไปด้วย

.....เจ้าหน้าที่
...../...../.....

มติคณะกรรมการดำเนินการ ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

มติคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่..... ครั้งที่..... เมื่อวันที่.....

.....เจ้าหน้าที่
...../...../.....

ได้จัดการต่อไปนี้

1. ทะเบียนสมาชิก
2. ตัวอย่างรายการเงินค่าหุ้นรายเดือน ซึ่งสมาชิกส่งต่อสหกรณ์

.....
...../...../.....