



แบบแสดงความจํานงการเป็นสมาชิก
สภรณออมทรพยกรมการแพทย จํากัด

วันที่

เรียน ประธานกรรมการสภรณออมทรพยกรมการแพทย จํากัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
สมาชิกเลขที่ สังกัด ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้
สะดวก
เบอร์โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

ขอแสดงความจํานงในการเป็นสมาชิกสภรณออมทรพยกรมการแพทย จํากัด

- ขอยืนยันเป็นสมาชิกสภรณออมทรพยกรมการแพทย จํากัด ต่อไป
- ของดส่งเงินคํ่าหุนหลังเกษียณอายุราชการแล้ว (งดส่งได้ในกรณีไม่มีหนี้กับสภรณเท่านั้น)
- ขอส่งเงินคํ่าหุนต่อไป แม้ว่าจะเกษียณอายุหรือลาออกจากราชการแล้ว โดยวิธี
- ขอส่งเงินคํ่าหุน-หนี้ ให้สภรณด้วยตนเอง (ชำระไม่เกินวันสิ้นเดือน)
 - ขอส่งเงินคํ่าหุนโดยการโอนเงินเข้าบัญชี “สภรณออมทรพยกรมการแพทย จํากัด”
ธนาคารกรุงไทย จํากัด สาขากระทรวงสาธารณสุข เลขที่บัญชี 142-1-09668-4
ตั้งแต่วันที่ พ.ศ. เป็นต้นไป
 - ขอส่งเงินคํ่าหุน-หนี้ โดยการหักจากเงินบำนาญ
 - อื่น ๆ โปรดระบุ

ลงชื่อ

เรียน เภรณญิกสภรณออมทรพยกรมการแพทย จํากัด

ได้ตรวจสอบหุน-หนี้ ของ นาย/นาง/นางสาว
เลขที่สมาชิก ณ วันที่ ปรากฏว่า มีคํ่าหุน-หนี้
ดังต่อไปนี้ :-

หุน บาท
หนี้ บาท

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(.....)
เจ้าหน้าที่ทะเบียน