

ใบยินยอมให้หักเงินปันผล/เฉลี่ยคืน
เพื่อชำระเงินต่ออายุ สสรท./กสรท.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นส. สกต
อายุ.....ปี ที่อยู่.....
หน่วยงานต้นสังกัด.....(.....) กตง.1.....(.....) กตง.2.....

ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสามัญสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสุชลพบุรี จำกัด และมีสมาชิก
สมทบจำนวน..... คน คือ

1. () กตง.1 () กตง.2
2. () กตง.1 () กตง.2
3. () กตง.1 () กตง.2
4.

ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสุชลพบุรี จำกัด หักเงินปันผล/เฉลี่ยคืน
เพื่อชำระเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ของ สสรท./กสรท. จำนวนเงินตามที่สมาคมฯ เรียกเก็บในแต่ละปี

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลายมือชื่อ..... ผู้ยินยอม

ลายมือชื่อ..... พยาน

ลายมือชื่อ..... พยาน