



สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด  
คำร้องขอเปลี่ยนแปลงวิธีรับเงินปันผล เฉลี่ยคืน

วันที่.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงวิธีรับเงินปันผล เฉลี่ยคืน

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... เลขที่สมาชิก .....

สังกัด ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

ขอแจ้งวิธีการรับปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ดังนี้

1.  โอนเข้าบัญชีสหกรณ์ ชื่อบัญชี .....  
เลขที่บัญชี ..... จำนวนเงิน ..... บาท

2.  โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี .....  
เลขที่บัญชี ..... จำนวนเงิน ..... บาท

หมายเหตุ : ข้อ 1 และ ข้อ 2 ให้เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง

3.  ซื้อหุ้น จำนวน ..... บาท

4.  ชำระหนี้ จำนวน ..... บาท

5.  อื่นๆ .....

ทั้งนี้ตั้งแต่ ปี..... เป็นต้นไป จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

ลงชื่อ .....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร .....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้แก้ไขข้อมูล .....

(.....)