



สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด  
 คำร้องขอเปลี่ยนแปลงวิธีรับเงินปันผล และเฉลี่ยคืน

วันที่.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงวิธีรับเงินปันผล และเฉลี่ยคืน

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....เลขที่สมาชิก.....  
 สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอแจ้งวิธีการรับเงินปันผล และเฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ดังนี้

1.  โอนเข้าบัญชีสหกรณ์ ชื่อบัญชี.....  
 เลขที่บัญชี.....จำนวนเงิน.....บาท
  2.  โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี.....  
 เลขที่บัญชี.....จำนวนเงิน.....บาท
- ทั้งนี้รายการที่ 1-2 เริ่มตั้งแต่ ปี.....เป็นต้นไป จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

หมายเหตุ : ข้อ 1 และ ข้อ 2 ให้เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง

3.  ชื่อหุ้นพิเศษ สำหรับปี..... จำนวน.....บาท
4.  ชำระหนี้ สำหรับปี..... จำนวน.....บาท
5.  อื่นๆ สำหรับปี..... จำนวน.....บาท

รายการที่ 3 - 5 ต้องแจ้งข้อมูลสหกรณ์ทุกปี โดยต้องเขียนคำร้องขอเปลี่ยนแปลงวิธีรับเงินปันผล และเฉลี่ยคืน ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน ของทุกปี

ลงชื่อ

(.....)

เจ้าหน้าที่รับเอกสาร .....

เจ้าหน้าที่ผู้แก้ไขข้อมูล.....

(.....)

(.....)