คำร้องขอยกเลิกการรับใบเสร็จรับเงินประจำเดือน

วันที่...

เรื่อง ขอยกเลิกการรับใบเสร็จรับเงินประจำเดือน

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

ข้าพเจ้า.. เลขทะเบียนสมาชิก..

สังกัด... เลขที่บัตรประชาชน ....เบอร์โทรศัพท์.............................

มีความประสงค์ขอยกเลิกการรับใบเสร็จรับเงินประจำเดือน ทั้งนี้มีผลตั้งแต่วันที่ ....เป็นต้นไป

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบขั้นตอน และมีคุณสมบัติตามที่กำหนดทุกประการ

ลงชื่อ..สมาชิก

(...)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ผู้รับเอกสาร.. ผู้แก้ไขข้อมูล..

วันที่... วันที่...

Download แบบฟอร์ม

ระบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

ยกเลิกรับใบเสร็จ รหัสผ่าน Andriod IOS www.sphcoop.com