



มาตรการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19
แบบขอเปลี่ยนแปลงการชำระค่าหุ้น
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเพชรบุรี จำกัด

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเพชรบุรี จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัด.....

มีเงินได้รายเดือน.....บาท (.....) มีความประสงค์ ดังนี้

ขอเปลี่ยนแปลงการชำระค่าหุ้น

- ลด การชำระค่าหุ้นรายเดือน จากเดิม.....บาท/เดือน เป็น.....บาท/เดือน
- ลด การชำระค่าหุ้นรายเดือน จากเดิม.....บาท/เดือน เหลือ 10 บาท/เดือน

เมื่อครบกำหนดเวลาที่ยื่นความประสงค์ ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ฯ ดำเนินการปรับการส่งค่าหุ้น
ในอัตราเดิมที่เคยส่งไว้

ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....ถึง 31 สิงหาคม 2563 เพื่อให้มีผลภายในปีบัญชี

ลงชื่อ.....สมาชิก

(.....)

...../...../.....