

บันทึกข้อความ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด

โทร. 062-5749752

ที่...../.....

วันที่.....

เรื่อง การดำเนินการเงินปันผล-เฉลี่ยคืน

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

สังกัด/หน่วย..... มีความประสงค์ให้ดำเนินการเงินปันผล-เฉลี่ยคืนของข้าพเจ้า ดังนี้

- ☐ หักชำระค่าเบี้ยประกันภัยสินเชื่อ
- ☐ ผากเข้าบัญชีออมทรัพย์สหกรณ์ (บัญชี เล่มสีเขียว, เล่มสีเหลือง, เล่มสีม่วง เลขที่บัญชี.....)
- ☐ ชำระหนี้ของสหกรณ์ฯ ทั้งจำนวน เลขที่สัญญาเงินกู้.....
- ☐ อื่นๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ลงชื่อ

(.....)

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด

เบอร์โทรศัพท์.....

หมายเหตุ* ส่งเอกสารแจ้งความประสงค์ ภายในวันที่ 31 ตุลาคม ของทุกปีเท่านั้น

ช่องทางการส่งเอกสาร

- 1) ส่งด้วยตนเอง ที่สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด
- 2) ส่งทางไปรษณีย์ ที่อยู่สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด
เลขที่ 79 หมู่ที่ 3 ต.ดาวเรือง อ.เมือง จ.สระบุรี 18190
- 3) ส่งทาง Line ถ่ายรูป หรือ สแกน เอกสาร ส่งที่ไลน์
ID Line : @sttccsaraburi (มีตัว @ ด้านหน้า) หรือ สแกน QR Code เพิ่มเพื่อน



“ ส่งเอกสารเพียงช่องทางใดช่องทางหนึ่งเท่านั้น ”