

บันทึกข้อความ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด

โทร. 062-5749752

ที่...../.....

วันที่.....

เรื่อง การดำเนินการเงินปันผล-เฉลี่ยคืนชำระเบี้ยประกันภัยสินเชื่อ

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

สังกัด/หน่วย..... มีความประสงค์ให้ดำเนินการเงินปันผล-เฉลี่ยคืนของข้าพเจ้า

ชำระค่าเบี้ยประกันภัยสินเชื่อ (หักทุก ๆ ปี จนกว่าสมาชิกจะแจ้งยกเลิก) กรณี ☐ ประสงค์ให้ดำเนินการ

☐ เข้าโครงการรวมหนี้ ☐ เงินเดือนต่ำกว่า 30% /มติที่ประชุม หรือ ☐ อื่นๆ.....

หากเงินปันผล-เฉลี่ยคืนไม่เพียงพอชำระค่าเบี้ยประกันในปีนั้น ๆ ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ฯ ถอนเงินฝากบัญชี-
ออมทรัพย์ของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันตามจำนวน

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 ”

