

คำขอยกเลิกใช้บริการหักเงินได้รายเดือนของสมาชิก
เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์กับสหกรณ์ฯ (เล่มสีเหลือง)

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิก สามัญ สมทบ
เลขที่.....ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....
อำเภอ.....จังหวัด.....เงินได้รายเดือน.....บาท
มีความประสงค์ขอยกเลิกให้สหกรณ์ฯ หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์กับสหกรณ์ฯ
(เล่มสีเหลือง) เลขที่บัญชี.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)