

★ สำหรับ สมาชิกที่มีบัญชีเงินฝากกับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูลพบุรี จำกัด อยู่แล้ว ★



รับที่.....
วันที่.....
.....เจ้าหน้าที่

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอให้หักเงินเข้าบัญชีเงินฝาก

- บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (SA) เลขที่
- บัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ (SX) เลขที่
- บัญชีเงินฝากประจำ (F2) เลขที่

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูลพบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

สมาชิกเลขทะเบียนที่สังกัดหน่วยงาน/โรงเรียน

อำเภอจังหวัดลพบุรี โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

ข้าพเจ้า ได้รับเงินเดือน เดือนละบาท และมีความประสงค์ยินยอมให้สหกรณ์
ออมทรัพย์ครูลพบุรี จำกัด หัก เงินได้รายเดือนๆ ละ บาท และหรือ เงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน
จำนวนเงินบาท เข้าบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าฝากไว้เพื่อหักชำระค่าเบี้ยประกันเงินกู้ และหรือ
หักชำระเงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้าของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.)
ตามที่สหกรณ์ฯ เรียกเก็บ

ข้าพเจ้า ได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์ครู
ลพบุรี จำกัด รวมทั้งข้อบังคับและระเบียบของ สสอค. แล้ว และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าว
ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

บันทึกเจ้าหน้าที่สหกรณ์	
เงินปันผล.....	บาท
เงินเฉลี่ยคืน.....	บาท
รวมรับเงิน.....	บาท
หักเข้าบัญชีเงินฝาก.....	บาท
คงเหลือรับ.....	บาท
..... เจ้าหน้าที่	

(ลงชื่อ)