

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

LAMPHUN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

369 หมู่ที่ 6 ถนนเลียงเมือง ตำบลเหมืองง่า อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน 51000

โทร. 053-093-788, 053-093-656

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอลาออกจากสมาชิกสหกรณ์ฯ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....

สังกัด.....โทรศัพท์.....มีความประสงค์จะขอลาออกจากความเป็นสมาชิก

สหกรณ์ฯทั้งนี้เนื่องจาก.....เมื่อที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการมีมติอนุมัติให้

ข้าพเจ้าลาออกจากสหกรณ์ฯ แล้วข้าพเจ้าจะไม่ขอรับเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนสำหรับปีบัญชีที่ลาออก

ข้าพเจ้ามีความประสงค์รับเงินคืน ดังนี้

() โดยเช็คในนามของข้าพเจ้า

() โดยโอนเข้าบัญชีธนาคาร กรุงเทพ (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารที่มีชื่อบัญชี
ของข้าพเจ้า)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ลาออก

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....สมาชิกลาออก

(.....)

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....

(.....)

ผู้บังคับบัญชา

บันทึกของเจ้าหน้าที่ 1. มีเงินค่าหุ้น ณ วันที่.....จำนวน.....บาท

2. มีหนี้ในฐานะผู้กู้ ณ วันที่.....จำนวน.....บาท

3. มีหนี้ในฐานะคนค้ำประกัน ณ วันที่.....จำนวน.....บาท

4. โอนหุ้นชำระหนี้จำนวน.....บาท

5. คงเหลือเงินจำนวน.....บาท

.....เจ้าหน้าที่

บันทึกข้อความ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

ที่.....วันที่.....

เรื่อง ยินยอมให้โอนเงินทุนเรือนหุ้นเพื่อชำระหนี้

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....หน่วยงาน

.....อำเภอ.....จังหวัดลำพูน มีความประสงค์จะขอลาออกจากความเป็นสมาชิกสหกรณ์

ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด และเมื่อคณะกรรมการดำเนินการได้มีมติพิจารณาอนุมัติให้ข้าพเจ้าลาออก ข้าพเจ้า
ยินยอมให้สหกรณ์ฯ ดำเนินการหักเงินค่าหุ้นที่ข้าพเจ้ามีอยู่ ณ วันที่.....

เดือน.....พ.ศ.....จำนวน.....บาท(.....) เพื่อชำระ

หนี้เงินกู้ที่ข้าพเจ้าค้างอยู่ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จำนวนเงิน.....บาท

(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....สมาชิกที่ลาออก

(.....)

เลขทะเบียนสมาชิก.....

สังกัดหน่วยงาน.....



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด
ใบสำคัญจ่ายเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ตำแหน่งหรือตำบลที่อยู่.....

ได้รับเงินจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จำกัด ดังรายการต่อไปนี้

บาท	สตางค์

เป็นเงินค่า.....

.....

บาท..... รวม

คำชี้แจง.....

ผู้รับเงิน



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด
ใบสำคัญจ่ายเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ตำแหน่งหรือตำบลที่อยู่.....

ได้รับเงินจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จำกัด ดังรายการต่อไปนี้

บาท	สตางค์

เป็นเงินค่า.....

.....

บาท..... รวม

คำชี้แจง.....

ผู้รับเงิน