



บันทึกข้อความ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ถนนวิจิตรสุรการ อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร 0885578567
ที่ สอ.สสจ.มท.จก. พ/..... วันที่

เรื่อง ยินยอมให้หักเงินได้รายเดือน

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ด้วยข้าพเจ้าสังกัด
หน่วยงาน (รพ./สสอ./อื่นๆ).....ตำแหน่ง.....ได้สมัครเป็น
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด เลขที่.....มีความประสงค์ให้ผู้บังคับบัญชามอบหมาย
ให้ทำหน้าที่หักเงินได้รายเดือนหรือเงินรายได้อื่นในหน่วยงานของข้าพเจ้า โดยส่งจ่ายให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัด
มุกดาหาร จำกัด ตามจำนวนที่สหกรณ์ได้เรียกเก็บรายเดือนเป็นประจำทุกเดือน จนกว่าสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัด
มุกดาหาร จำกัด จะแจ้งยกเลิกการเรียกเก็บรายเดือนดังกล่าว
ทั้งนี้ให้เริ่มหักเงินได้รายเดือนเพื่อส่งต่อสหกรณ์ฯ ตั้งเดือนงวดประจำเดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

(.....)

(ผู้ให้คำยินยอม)

บันทึกความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัดหน่วย (รพ./สสอ./อื่นๆ).....ได้รับทราบการสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ของเรียบร้อยแล้ว และขอให้ผู้ทำ
หน้าที่หักเงินได้รายเดือน ส่งต่อให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ตามจำนวนที่สหกรณ์ฯ เรียกเก็บต่อไป

..... (ผู้บังคับบัญชา)

(.....)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่งเจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

วันที่.....