

**แบบฟอร์มเปลี่ยนแปลงบัญชีรับเงินปันผล และเฉลี่ยคืน  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด**

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด.....

ข้าพเจ้าขอเปลี่ยนแปลงบัญชีรับเงินปันผล และเฉลี่ยคืนดังต่อไปนี้

- ผากเข้าบัญชีเงินฝาก ประเภทออมทรัพย์ / ออมทรัพย์พิเศษ / ออมทรัพย์พิเศษ2 / ประจำ 12 เดือน  
เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....
- ผากเข้าบัญชีธนาคาร.....  
เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาดังต่อไปนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน
- สมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาคำเนินการ

ลงชื่อ .....

(.....)

เบอร์โทรศัพท์.....

**หมายเหตุ:** เพื่อความรวดเร็ว กรณีที่โอนเงินปันผล/เฉลี่ยคืน จะต้องมียุติเงินฝากกับสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด เพื่อโอนยอดเงินพิเศษไม่ถึง 10 บาท  
นำเข้าบัญชีเงินฝากของท่านที่เปิดไว้กับสหกรณ์