



คำขอเปลี่ยนแปลง/ยกเลิกการฝากเงินได้รายเดือนเข้าบัญชีเงินฝาก

สหกรณ์ออมทรัพย์องค์การเภสัชกรรม จำกัด

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....เลขที่สมาชิก.....

มีความประสงค์

เปลี่ยนแปลงการหักเงินได้รายเดือนเข้าบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า

เลขที่บัญชี.....เดิมหัก.....บาท เปลี่ยนเป็น.....บาท

เลขที่บัญชี.....เดิมหัก.....บาท เปลี่ยนเป็น.....บาท

เลขที่บัญชี.....เดิมหัก.....บาท เปลี่ยนเป็น.....บาท

ยกเลิกการหักเงินได้รายเดือนเข้าบัญชีเงินฝาก

เลขที่บัญชี.....

เลขที่บัญชี.....

เลขที่บัญชี.....

ทั้งนี้ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)