

Handwritten signature



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

AMNATCHAROEN PROVINCIAL HEALTH SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE, LIMITED

819 หมู่ 16 ต.บุง อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ 37000 โทรศัพท์ 081-579-1868

819 moo.16 Bung MeungAmnatcharoen 37000 Tel : 081-579-1868 <http://www.supasook.amnat.com>

เทศบาลตำบลนาป่าแซง
รับสวทที่ 2080
วันที่ 29 ต.ค. 2565 เวลา 13:20 น.
V กองคลัง O กองช่าง O กองการศึกษา
ดวงสารอภและสิ่งแวดลอม

ที่ สอ.จ.1.ว.800/2565

23 กันยายน 2565

เรื่อง การรับเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่การเงินหัก ณ ที่จ่าย

เรียน นายกเทศบาลตำบลนาป่าแซง

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือแจ้งยืนยันการโอนเงินโดยวิธีโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ได้ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ดำเนินการหักเงินได้รายเดือนของเจ้าหน้าที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขประจำจังหวัดอำนาจเจริญ และหน่วยงาน อื่นๆ ให้กับสหกรณ์ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบเป็นประจำทุกเดือน โดยมีการกำหนดค่าตอบแทนในการหักเงิน ณ ที่ จ่าย เป็นประจำทุกปีนั้น

ในการนี้สหกรณ์ฯ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านแจ้งความประสงค์รับเงินดังกล่าวพร้อมสิ่ง ที่ส่งมาด้วยกลับมายังสหกรณ์ฯ ภายใน วันที่ 25 ตุลาคม 2565 สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ 081-5791868

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

Handwritten signature

(นายคมกฤษณ์ สุขไชย)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

งานการเงิน

มือถือ. 081-5791868



แบบฟอร์มขอรับเงินค่าตอบแทน

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... ขอแจ้งยืนยันการ
ขอรับเงินค่าตอบแทนกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ดังนี้

1. ชื่อ(หน่วยงาน).....
2. ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี.....
ชื่อบัญชี..... สาขา.....
3. ชื่อเจ้าหน้าที่การเงิน ที่สามารถติดต่อได้.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
E-mail Address.....

ทั้งนี้หน่วยงาน ยินยอมดำเนินการตามที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการโอนเงินให้ตามอัตราที่ธนาคารกำหนด

ประทับตรา(ถ้ามี)

.....
(.....)

วันที่.....