

บันทึกข้อตกลงการหักเงินชำระหนี้ กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูราชบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ผู้บังคับบัญชา ของ (นาย/นาง/นางสาว).....

ซึ่งเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูราชบุรี จำกัด ขอรับรองว่า ทางหน่วยงานต้นสังกัด จะดำเนินการหักเงินได้รายเดือน หรือเงินอื่นๆใดที่สมาชิกมีสิทธิได้รับ เพื่อนำส่งชำระหนี้ รวมทั้งภาระผูกพันอื่นๆ ให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูราชบุรี จำกัด ตามจำนวนที่สหกรณ์ฯเรียกเก็บในแต่ละเดือน และ/หรือ ในกรณีออกจางาน ข้าพเจ้าจะแจ้งให้กับทางสหกรณ์ออมทรัพย์ครูราชบุรี จำกัด ทราบ และจะดำเนินการหักเงินอื่นๆใด ที่สมาชิกมีสิทธิได้รับจากหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อนำส่งชำระหนี้ให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูราชบุรี จำกัด ทั้งนี้

ประทับตรา

ลงชื่อ.....ผู้รับใบอนุญาต

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....