



รับที่.....  
วันที่.....  
ผู้รับ.....เวลา.....น.

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
แบบแสดงความจำนงขอแจ้งความประสงค์อื่นๆ

เขียนที่ .....

วันที่ .....

เรียน ผู้จัดการ

1. ชื่อสมาชิก ..... ตำแหน่ง .....
- เลขทะเบียนสมาชิกที่ ..... สังกัดโรงพยาบาล .....
- โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... โทรศัพท์มือถือ.....

2. ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ ยินยอมให้สหกรณ์ฯ ดำเนินการหักเงินปันผล/เฉลี่ยคืนเพื่อชำระค่าเบี้ย  
ประจำปี 2560 เพื่อ

1. ชำระค่าเบี้ยประกันภัยผู้ค้าประกัน ในอัตราร้อยละ 0.80 ต่อปี  
(ตั้งแต่ 23 ธค. 2559 – 22 ธค. 60) และประกันชีวิตผู้กู้อัตราร้อยละ 0.45 ต่อปี

(ตั้งแต่ 16 ธค. 2559 – 15 ธค. 60) รวมเป็นร้อยละ 1.25 ต่อปีประจำปี 2560

2. ชำระค่าเบี้ยประกันภัยผู้ค้าประกันและประกันชีวิตผู้กู้ ประจำปี 2561

ในอัตราค่าเบี้ยประกันภัยเท่ากับปี 2560

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)