



สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ชุมพร จำกัด

สภกรณ์ออมทรัพย์ชุมพร จำกัด 19/3 ถนนชุมพร - ระนอง หมู่ 4 ตำบลวังไผ่
อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร 86190 โทร. 0-7759-6762-4 . แฟกซ์ 0-7759-6678

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุรณคินสภาพสมาชิก

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ชุมพร จำกัด

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ชุมพร จำกัด เลขทะเบียน.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้เลขที่.....

เบอร์โทร..... บุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้.....

.....เบอร์โทร.....

รับทราบมติที่ประชุมให้ออกจากการเป็นสมาชิกสมาคมฯ เพราะขาดส่งเงินสงเคราะห์ศพเป็นระยะเวลา 4 เดือนนั้น

ด้วยเหตุ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลาคินสภาพการเป็นสมาชิกและรับทราบข้อกำหนดการคินสภาพสมาชิกที่มี
สิทธิรับผลประโยชน์จากสมาคมฯ เมื่อได้ปฏิบัติตามข้อกำหนด ดังนี้

1. คณะกรรมการสมาคมฯ มีมติอนุมัติคำขออนุรณคิน
2. ดำเนินการเสร็จสิ้นภายในวันสิ้นเดือนของวันเปิดทำการที่คณะกรรมการประชุมอนุมัติ
3. ชำระเงินสงเคราะห์ศพที่ค้างทั้งหมด
4. ชำระเงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 1,000 บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าเจ้าหน้าที่เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....สมาชิก

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)