

เอกสารแนบ

1. สำเนาบัตรประชาชน(สมาชิก)
3. สำเนาบัตรประชาชน(ผู้รับโอนประโยชน์)

เลขที่สมาชิก.....



แบบหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ซึ่งเป็นผู้ถือ.....เลขที่.....

ซึ่งออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์ที่บ้าน.....มือถือ.....

ภายใต้ข้อบังคับแห่งระเบียบที่เกี่ยวข้องของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาว่าในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ข้าพเจ้าขอตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์และสิทธิประโยชน์ที่ข้าพเจ้าพึงมีจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ได้แก่

- ค่าหุ้น เงินรับฝาก เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน และดอกเบี้ย ตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด
- เงินประกันชีวิตกลุ่ม
- เงินทุนสาธารณสุขเพื่อสงเคราะห์ศพสมาชิกตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด เพื่อสงเคราะห์สมาชิก

ให้แก่ผู้มีรายชื่อข้างทำต่อไปนี้

1.ชื่อ - สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....(ของข้าพเจ้า)

ให้ได้รับสัดส่วน.....(%) เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

2. ชื่อ - สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....(ของข้าพเจ้า)
ให้ได้รับสัดส่วน.....(%) เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

3. ชื่อ - สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....(ของข้าพเจ้า)
ให้ได้รับสัดส่วน.....(%) เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

4. ชื่อ - สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....(ของข้าพเจ้า)
ให้ได้รับสัดส่วน.....(%) เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เพื่อเป็นหลักฐาน ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

บันทึกการเปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้าขอยกเลิกแบบหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ โดยแสดงเจตนาใหม่ตามแบบหนังสือ
แต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ ลงวันที่.....ซึ่งให้.....
เป็นผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์และสิทธิประโยชน์เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา/ผู้รับมอบฉันทะ
(.....)

หมายเหตุ : 1. ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงให้ทำหนังสือขึ้นใหม่แทนฉบับเดิมและให้แนบฉบับเดิมไว้ด้วย

2. การขูดลบ ขีดฆ่า หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในแบบหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ให้
ลงลายมือชื่อกำกับไว้ด้วย