



หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลประสาท จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□□-□□□□□□-□□-□

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ บ้านเลขที่ หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์ เบอร์มือถือ

ข้าพเจ้าขอแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ เมื่อข้าพเจ้าพ้นจากสมาชิกภาพ ตามข้อบังคับ ข้อ 44 (1) ตาย (3) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ขอให้สหกรณ์ฯ แบ่งทรัพย์สินทั้งหมด หลังจากหักหนี้สิน(ถ้ามี) ที่ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ฯ ออกแล้ว ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบัน และที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตให้แก่บุคคลที่มีชื่อดังต่อไปนี้

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย,นาง,นางสาว).....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□□-□□□□□□-□□-□ สัดส่วนที่ได้รับ %

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้

.....โทรศัพท์ เบอร์มือถือ

2. ชื่อ-นามสกุล (นาย,นาง,นางสาว).....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□□-□□□□□□-□□-□ สัดส่วนที่ได้รับ %

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้

.....โทรศัพท์ เบอร์มือถือ

3. ชื่อ-นามสกุล (นาย,นาง,นางสาว).....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□□-□□□□□□-□□-□ สัดส่วนที่ได้รับ %

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้

.....โทรศัพท์ เบอร์มือถือ

4. ชื่อ-นามสกุล (นาย,นาง,นางสาว).....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□□-□□□□□□-□□-□ สัดส่วนที่ได้รับ %

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้

.....โทรศัพท์ เบอร์มือถือ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการกำหนดตั้งผู้รับโอนประโยชน์ของข้าพเจ้าได้กระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะ
สมบูรณ์ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าผู้รับรองลายมือชื่อ



ลงชื่อ.....(สมาชิก)
(.....)

ลงชื่อ.....(ผู้รับรองลายมือชื่อ)
(.....)

ลงชื่อ.....(ผู้รับรองลายมือชื่อ)
(.....)

หมายเหตุ

1. ผู้รับรองลายมือชื่อต้องไม่ใช่ผู้มิชื่อได้รับโอนผลประโยชน์
2. กรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอแต่งตั้งผู้จัดการศพ

ชื่อ-นามสกุล (นาย,นาง,นางสาว).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้

.....โทรศัพท์ เบอร์มือถือ

บันทึกข้อความ อื่นๆ (ระบุ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ..... (สมาชิก)
(.....)

ตราประทับ

วันที่/...../.....