



หนังสือยินยอมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญและหรือต้นสังกัด
หักเงินเดือน/บำเหน็จ/บำนาญ/ค่าจ้างประจำ ณ ที่จ่าย

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
วันที่

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....
เป็น ข้าราชการบำนาญ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ อื่น ๆ (ระบุ).....
สังกัด.....ยินยอมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญและหรือต้นสังกัด
หักเงินเดือน/บำเหน็จ/บำนาญ/ค่าจ้างประจำ ณ ที่จ่าย ส่งให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัด
อำนาจเจริญ จำกัด เพื่อชำระค่าหุ้นและหนี้สิน (ถ้ามี) รายเดือน จนกว่าข้าพเจ้าจะเพิกถอนหนังสือฉบับนี้

หนังสือยินยอมฉบับนี้ ทำขึ้นด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบข้อความและ
ถ้อยคำในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้
เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชา/พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่การเงิน/พยาน
(.....)

หมายเหตุ หนังสือฉบับนี้ให้สมาชิกที่อายุ 55 ปี ขึ้นไปและหรือเกษียณอายุราชการ หรือออกจากราชการ แต่ยังคงประสงค์จะเป็น
สมาชิกหรือมีหนี้สินคงเหลืออยู่ที่สหกรณ์ฯ