



# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

AMNATCHAROEN PROVINCIAL HEALTH SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE LIMITED

366 ถนนชยางกูร อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ 37000 โทรศัพท์ 0-4545-1581 โทรสาร 0-4545-1508 www.supsasookamnat.com

366 Changagoon road, Meung Amnatcharoen 37000 Tel : 0-4545-1581 Fax : 0-4545-1508 www.supsasookamnat.com

## คำขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์

เขียนที่.....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

ทำงานในตำแหน่ง .....สังกัดหน่วยงาน.....

### ประเภทสมาชิก

- สมาชิกสามัญของสหกรณ์ฯ
- สมาชิกสมทบ ของสมาชิกสามัญของสหกรณ์ฯ

มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ ถ้าข้าพเจ้าได้ถึงแก่กรรมลงด้วยเหตุใดก็ดีข้าพเจ้าขอมอบเงินหุ้นเรียกคืนรวมทั้งเงินผลประโยชน์อื่นๆ ที่ได้รับ เนื่องจากสิทธิการเป็นสมาชิกของข้าพเจ้า โดยจ่ายให้กับบุคคลดังต่อไปนี้

1. ชื่อ - นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....
2. ชื่อ - นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....
3. ชื่อ - นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....
4. ชื่อ - นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....

การเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ดังกล่าว ข้าพเจ้ากระทำด้วยความสุจริตใจ มิได้มีใครมาบังคับขู่เข็ญพร้อมมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)