



แบบหนังสือแสดงผู้รับประโยชน์  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด  
เลขทะเบียนที่ ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... เกิดวันที่...../...../.....  
ที่อยู่..... ถนน ..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....

ขอแสดงเจตนาละทิ้งผู้รับประโยชน์ในเงินค่าหุ้น เงินฝากเงินอื่นใดของข้าพเจ้า อันพึงเกิดขึ้นในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินดังกล่าวข้างต้นให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด ตามจำนวนที่ข้าพเจ้าเป็นหนี้อยู่ หากข้าพเจ้าไม่มีหนี้สินและมีเงินคงเหลือหลังจากหักหนี้สินจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด แล้ว ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินแก่บุคคล รวม.....คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. นาย / นางสาว /นาง ..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่...../...../.....  
ที่อยู่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....  
ให้รับจำนวน ..... ส่วน / เปอร์เซ็นต์
2. นาย / นางสาว /นาง ..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่...../...../.....  
ที่อยู่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....  
ให้รับจำนวน ..... ส่วน / เปอร์เซ็นต์
3. นาย / นางสาว /นาง ..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่...../...../.....  
ที่อยู่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....  
ให้รับจำนวน ..... ส่วน / เปอร์เซ็นต์
4. นาย / นางสาว /นาง ..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่...../...../.....  
ที่อยู่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....  
ให้รับจำนวน ..... ส่วน / เปอร์เซ็นต์

5. นาย / นางสาว / นาง ..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่...../...../.....  
ที่อยู่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....  
ให้รับจำนวน ..... ส่วน / เปอร์เซ็นต์

6. นาย / นางสาว / นาง ..... เกี่ยวข้องเป็น.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่...../...../.....  
ที่อยู่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....  
ให้รับจำนวน ..... ส่วน / เปอร์เซ็นต์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการกำหนดตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ของข้าพเจ้าได้กระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์  
ทุกประการ ทั้งนี้ ได้อ่านคำแนะนำการตั้งผู้รับโอนประโยชน์หนังสือฉบับนี้เป็นที่เข้าใจแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ..... สมาชิกผู้ตั้งโอนรับประโยชน์  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่สหกรณ์  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้จัดการ  
(.....)

หมายเหตุ ให้แนบเอกสารสำเนาบัตรประชาชนของสมาชิกและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์