



คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ขอรับรองว่าตามความรู้เห็นของข้าพเจ้าและตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้อง ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ ข้อ 33. และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์

.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับรอง

ชื่อผู้สมัคร.....เลขทะเบียน.....หน่วย.....

บัตรตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิก

ตัวอย่างลายมือชื่อให้ไว้ ณ วันที่.....

- 1. ....
2. ....
3. ....

(โปรดลงลายมือชื่อ 3 ครั้ง)

ขอรับรองว่าลายมือชื่อข้างบนนี้ เป็นลายมือชื่อของผู้สมัครผู้นี้จริง

.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับรอง

หนังสือให้คำยินยอมให้หักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือบำนาญ หรือเงินอื่นใด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาศัยความตามมาตรา 42/1 แห่งพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....

เป็นผู้รับเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ ในสังกัด.....จึงขอทำหนังสือให้คำยินยอมไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด ดังนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ เงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจาก.....เพื่อชำระหนี้เงินกู้ ดอกเบี้ย เงินฝาก ค่าหุ้นประจำเดือน หรือภาระผูกพันอื่นที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด ให้แก่สหกรณ์ ตามจำนวนที่สหกรณ์แจ้งไปจนกว่าหนี้หรือภาระผูกพันนั้นจะระงับสิ้นไป

2. ข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ เว้นแต่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด จะให้ความยินยอม

3. ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด ส่งฉบับหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ เงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับไว้เป็นหลักฐานด้วย

ลงชื่อ.....สมาชิก  
(.....)

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

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

หมายเหตุ พยานต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน 2 คน

หนังสือให้คำยินยอมให้หักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือบำนาญ หรือเงินอื่นใด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาศัยความตามมาตรา 42/1 แห่งพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....

เป็นผู้รับเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ ในสังกัด.....จึงขอทำหนังสือให้คำยินยอมไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด ดังนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ เงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจาก.....เพื่อชำระหนี้เงินกู้ ดอกเบี้ย เงินฝาก ค่าหุ้นประจำเดือน หรือภาระผูกพันอื่นที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด ให้แก่สหกรณ์ ตามจำนวนที่สหกรณ์แจ้งไปจนกว่าหนี้หรือภาระผูกพันนั้นจะระงับสิ้นไป

2. ข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ เว้นแต่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด จะให้ความยินยอม

3. ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด ส่งฉบับหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ เงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับไว้เป็นหลักฐานด้วย

ลงชื่อ.....สมาชิก (.....)

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

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

หมายเหตุ พยานต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน 2 คน

หนังสือให้คำยินยอมให้หักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือบำนาญ หรือเงินอื่นใด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาศัยความตามมาตรา 42/1 แห่งพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....

เป็นผู้รับเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ ในสังกัด.....จึงขอทำหนังสือให้คำยินยอมไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด ดังนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ เงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจาก.....เพื่อชำระหนี้เงินกู้ ดอกเบี้ย เงินฝาก ค่าหุ้นประจำเดือน หรือภาระผูกพันอื่นที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด ให้แก่สหกรณ์ ตามจำนวนที่สหกรณ์แจ้งไปจนกว่าหนี้หรือภาระผูกพันนั้นจะระงับสิ้นไป

2. ข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ เว้นแต่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด จะให้ความยินยอม

3. ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด ส่งฉบับหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ เงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับไว้เป็นหลักฐานด้วย

ลงชื่อ.....สมาชิก (.....)

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

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

หมายเหตุ พยานต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน 2 คน



ทะเบียนเลขที่.....  
วันที่.....

### หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด  
วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน ----

ตำแหน่ง.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....หมู่บ้าน.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับประโยชน์อันพึงเกิดขึ้นในระหว่างที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก สำหรับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจันทบุรี จำกัด ได้แก่ เงินค่าหุ้น เงินฝาก เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน รวมทั้งสิทธิและประโยชน์อื่นๆ เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย และเงินหรือประโยชน์อื่นๆ ของข้าพเจ้าที่มีอยู่ในสหกรณ์

ข้าพเจ้าขอตั้งผู้รับโอนประโยชน์โดยหนังสือฉบับนี้ และให้ยกเลิกหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับก่อนหน้า (ถ้ามี) ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายประโยชน์อันพึงได้รับของข้าพเจ้า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ทั้งนี้ให้หักหนี้ที่มีต่อสหกรณ์ก่อนแล้ว จึงให้แก่บุคคลดังมีรายชื่อตามลำดับและเงื่อนไขท้ายหนังสือฉบับนี้

ลำดับ	ชื่อ - สกุล เลขประจำตัวประชาชน	ความสัมพันธ์	ที่อยู่ (โดยละเอียด)	ให้ได้รับร้อยละ
1.	..... <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	.....	ที่อยู่..... ..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....	.....%
2.	..... <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	.....	ที่อยู่..... ..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....	.....%
3.	..... <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	.....	ที่อยู่..... ..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....	.....%
4.	..... <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	.....	ที่อยู่..... ..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....	.....%

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการกำหนดตั้งผู้รับโอนประโยชน์ของข้าพเจ้ากระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ทุกประการจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....สมาชิกผู้แสดงเจตนา  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

## เงื่อนไขการตั้งผู้รับโอนประโยชน์

1. ผู้รับโอนประโยชน์ต้องมีความเกี่ยวข้องกับสมาชิกดังต่อไปนี้ คือมีความเกี่ยวพันเป็น คู่สมรส หรือ บุตร หรือ บิดามารดา หรือ ญาติพี่น้อง หรือ บุคคลอื่นๆ
2. ผู้รับโอนประโยชน์สามารถระบุได้ตั้งแต่ 1 คน หรือหลายคนก็ได้ กรณีตั้งผู้รับโอนประโยชน์มากกว่าหนึ่งคน โปรดกำหนดร้อยละที่ผู้รับโอนประโยชน์แต่ละคนจะมีสิทธิได้รับให้ชัดเจนด้วย เช่น
  - 2.1 นาย ก. ให้ได้รับร้อยละ 50 นางสาว ข. ให้ได้รับร้อยละ 30 เด็กหญิง ค. ให้ได้รับร้อยละ 20
  - 2.2 นาย ก. ให้ได้รับร้อยละ 100 นางสาว ข. ให้ได้รับร้อยละ 100 เด็กหญิง ค. ให้ได้รับร้อยละ 100 ตามลำดับ หมายความว่า หากนาย ก. ยังมีชีวิตอยู่ ให้นาย ก. เป็นผู้รับโอนประโยชน์แต่เพียงผู้เดียว เว้นแต่ นาย ก. ถึงแก่กรรม จึงให้นางสาว ข. เป็นผู้รับโอนประโยชน์แต่เพียงผู้เดียว และเด็กหญิง ค. เป็นผู้รับโอนประโยชน์ทั้งหมด หากนาย ก. และนางสาว ข. ถึงแก่กรรม
3. กรณีที่มีการแก้ไข ให้ขีดฆ่าข้อความเดิม และลงลายมือชื่อกำกับด้วยทุกตำแหน่ง (**ห้ามใช้ยางลบ หรือใช้หมึกขาวลบเอกสาร**)
4. เอกสารต้องมีพยานลงนาม 2 ท่าน (ผู้รับโอนประโยชน์ห้ามลงลายมือชื่อเป็นพยาน)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....