



# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร จำกัด

## Chumphon Provincial Public Health Saving and Credit Cooperative, Limited.

91/12-14 หมู่ 10 ตำบลนาทุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร 86000 โทร. 077-510642, 086-4756093, 098-7021123 โทรสาร. 077-510643

วันที่.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่สมาชิก.....

ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ โดยหนังสือนี้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร จำกัด จ่ายเงินซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะได้รับจากสหกรณ์ทั้งหมด ให้แก่

1.....เกี่ยวข้องเป็น.....ร้อยละ.....

เลขประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

2.....เกี่ยวข้องเป็น.....ร้อยละ.....

เลขประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

3.....เกี่ยวข้องเป็น.....ร้อยละ.....

เลขประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

โดยมีเงื่อนไขดังนี้.....

ทั้งนี้ในขณะที่ข้าพเจ้าจัดทำหนังสือนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และได้ลงนามต่อหน้าพยานจำนวน 2 คน

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ .....สมาชิก

(.....)

ลงชื่อ .....พยาน

(.....)

ลงชื่อ .....พยาน

(.....)

เอกสารประกอบเพิ่มเติม : สำเนาบัตรประชาชน+สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกและผู้รับผลประโยชน์ทุกคนอย่างละ 1 ชุด