หนังสือแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์

สหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ถนน/ซอย..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์..... โดยข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ก่อนหน้านี้ (ถ้ามี) และทำหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ฉบับนี้ มอบให้สหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด เพื่อแสดงว่าเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมแล้ว ให้บรรดาผลประโยชน์ของข้าพเจ้าทั้งหมดที่มีอยู่ในสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด หลังจากหักหนี้ของข้าพเจ้า (ถ้ามี) ให้บุคคลดังต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อ/สกุล / ความสัมพันธ์	ที่อยู่โดยละเอียด	หมายเหตุ
1	ชื่อ-สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น.....	ที่อยู่..... ..... เบอร์โทรศัพท์.....	
2	ชื่อ-สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น.....	ที่อยู่..... ..... เบอร์โทรศัพท์.....	
3	ชื่อ-สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น.....	ที่อยู่..... ..... เบอร์โทรศัพท์.....	
4	ชื่อ-สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น.....	ที่อยู่..... ..... เบอร์โทรศัพท์.....	

โดยให้สหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด ดำเนินการจ่ายเงินดังต่อไปนี้

☐ จ่ายทั้งจำนวนตามลำดับก่อนหลัง ☐ จ่ายคนละเท่า ๆ กัน

☐ จ่ายตามเงื่อนไขที่ระบุในช่องหมายเหตุ.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ของข้าพเจ้า กระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....สมาชิกผู้แสดงเจตนา

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน **ลงชื่อ.....พยาน**

(.....) **(.....)**

เลขที่สมาชิก..... **เลขที่สมาชิก.....**

หมายเหตุ 1.ผู้ลงลายมือชื่อเป็นพยาน ต้องมิได้เป็นผู้รับโอนผลประโยชน์

2.การแก้ไขข้อความ ให้ขีดฆ่าข้อความเดิมและลงลายมือชื่อกำกับด้วยทุกแห่ง (ห้ามใช้ยางลบหรือน้ำยาลบคำผิด)