



หนังสือแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์
สหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลอุพารัตน์ จำกัด

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลอุพารัตน์ จำกัด

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ถนน/ซอย.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์..... โดยข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอน
ประโยชน์ก่อนหน้านี้ (ถ้ามี) และทำหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ฉบับนี้ มอบให้สหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลอุพารัตน์
จำกัด เพื่อแสดงว่าเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมแล้ว ให้บรรดาผลประโยชน์ของข้าพเจ้าทั้งหมดที่มีอยู่ในสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่ม
โรงพยาบาลอุพารัตน์ จำกัด หลังจากหักหนี้ของข้าพเจ้า (ถ้ามี) ให้บุคคลดังต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อ/สกุล / ความสัมพันธ์	ที่อยู่โดยละเอียด	ให้ได้รับร้อยละ (%)
1	ชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....	ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....	
2	ชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....	ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....	
3	ชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....	ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....	
4	ชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....	ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....	

ในกรณีข้าพเจ้าไม่ได้ระบุสัดส่วนที่จะได้รับในกรณีผู้รับโอนประโยชน์หลายคนให้ถือว่าผู้รับโอนประโยชน์ทุกคน ได้รับส่วนแบ่งคนละเท่าๆ กัน

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ของข้าพเจ้า กระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุก
ประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....สมาชิกผู้แสดงเจตนา

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

เลขที่สมาชิก.....

เลขที่สมาชิก.....

หมายเหตุ 1.ผู้ลงลายมือชื่อเป็นพยาน ต้องมิได้เป็นผู้รับโอนผลประโยชน์

2.การแก้ไขข้อความ ให้ขีดฆ่าข้อความเดิมและลงลายมือชื่อกำกับด้วยทุกแห่ง (ห้ามใช้ยางลบหรือน้ำยาลบคำผิด)