สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

แบบคำขอแสดงความประสงค์เลือกวิธีรับเงินปันผล/เฉลี่ยคืน

(กรณีสมาชิกสมทบเสียชีวิต)

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เรื่อง ขอแสดงความประสงค์เลือกวิธีรับเงินปันผล/เฉลี่ยคืนกรณีสมาชิกสมทบเสียชีวิต

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน .....

โทรศัพท์ .....ที่อยู่ .....

เป็น ☐ ผู้รับผลประโยชน์ ☐ ทายาทผู้มีสิทธิ ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้มีอำนาจจัดการมรดก ☐ อื่น ๆ .....

ของ นาย/นาง/นางสาว ..... เลขทะเบียนสมาชิก .....

สมาชิกสมทบเสียชีวิต เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้สหกรณ์ดำเนินการเกี่ยวกับเงินค่าหุ้นและเงินปันผล/เงินเฉลี่ยคืนของสมาชิกดังกล่าว ตามข้อบังคับของสหกรณ์ โดยเลือกวิธีดำเนินการเพียงหนึ่งข้อ ดังต่อไปนี้

☐	1. ขอรับเงินค่าหุ้นคืนเมื่อสหกรณ์ดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์โดยไม่ประสงค์รอรับเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนสำหรับปีบัญชีที่สมาชิกเสียชีวิต
☐	2. ประสงค์ให้สหกรณ์ชะลอการจ่ายคืนเงินค่าหุ้นไว้ก่อน และขอรับเงินค่าหุ้นพร้อมเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนสำหรับปีบัญชีที่สมาชิกเสียชีวิต ภายหลังสิ้นปีบัญชีและเมื่อที่ประชุมใหญ่มีมติจัดสรรกำไรสุทธิประจำปีแล้ว ทั้งนี้ ตามสิทธิและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในข้อบังคับ

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การจ่ายเงินดังกล่าวต้องผ่านการตรวจสอบสิทธิ จำนวนเงิน หนี้สินหรือภาระผูกพันที่มีต่อสหกรณ์ และการอนุมัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ การยื่นคำขอนี้มิใช่การรับรองสิทธิหรือการอนุมัติจ่ายเงินโดยอัตโนมัติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่ ...../...../.....

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)
วันที่ ...../...../.....

เอกสารประกอบคำขอ

☐ สำเนามรณบัตร ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอ ☐ หลักฐานการเป็นผู้รับโอนประโยชน์/ทายาท/ผู้มีสิทธิ

☐ สำเนาทะเบียนบ้านหรือเอกสารอื่นที่สหกรณ์กำหนด ☐ เอกสารแสดงบัญชีธนาคาร (กรณีประสงค์รับเงินโดยโอน)

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

วันที่รับคำขอ ...../...../..... ผู้รับ	ตรวจสอบเอกสาร ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ ระบุ .....
ตรวจสอบสิทธิ ☐ ผู้รับผลประโยชน์ ☐ ทายาท ☐ อื่น ๆ	ยอดค่าหุ้น/เงินที่เกี่ยวข้อง .....
ความเห็นเจ้าหน้าที่	ลงชื่อ ..... วันที่ .....

ผลการพิจารณา/มติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ ☐ ให้ดำเนินการเมื่อครบเงื่อนไข รายละเอียด .....

มติที่ประชุม ครั้งที่ ...../..... วันที่ ...../...../..... ลงชื่อ .....

หมายเหตุ: แบบคำขอนี้จัดทำตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด พ.ศ. 2569 ข้อ 57 ข้อ 61 ข้อ 63 และข้อ 68 การพิจารณาจ่ายเงินให้เป็นไปตามข้อบังคับและหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง