



สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

แบบเปลี่ยนแปลงแสดงเจตนาระบุผู้รับผลประโยชน์

เขียนที่

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด
สมาชิกเลขทะเบียน.....สังกัด.....อายุ.....ปี
บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ต้องระบุ).....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับผลประโยชน์ในเงินค่าหุ้น เงินฝาก เงินอื่นใดของข้าพเจ้าอันพึงจะเกิดขึ้นใน
สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินดังกล่าวข้างต้น
ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด ตามจำนวนที่ข้าพเจ้าเป็นหนี้และหรือภาระผูกพันอื่นที่ข้าพเจ้าต้อง
รับผิดชอบต่อสหกรณ์ก่อน หากข้าพเจ้าไม่มีหนี้สินหรือภาระผูกพันใด ๆ และหรือมีเงินคงเหลือหลังจากหักหนี้สิน
จากสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด แล้ว ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินแก่บุคคล รวม.....คน
ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. ชื่อ - สกุล (โปรดระบุค่านำหน้าด้วย).....เกี่ยวข้องเป็น.....
เลขประจำตัวประชาชน (ต้องระบุ)โทรศัพท์/มือถือ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน/ที่ติดต่อ.....

ให้ได้รับ	<input type="checkbox"/> เงินฝาก	จำนวน.....	สัดส่วน (%)
	<input type="checkbox"/> เงินค่าหุ้น	จำนวน.....	สัดส่วน (%)
	<input type="checkbox"/> เงินอื่น ๆ	จำนวน.....	สัดส่วน (%)

2. ชื่อ - สกุล (โปรดระบุค่านำหน้าด้วย).....เกี่ยวข้องเป็น.....
เลขประจำตัวประชาชน (ต้องระบุ)โทรศัพท์/มือถือ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน/ที่ติดต่อ.....

ให้ได้รับ	<input type="checkbox"/> เงินฝาก	จำนวน.....	สัดส่วน (%)
	<input type="checkbox"/> เงินค่าหุ้น	จำนวน.....	สัดส่วน (%)
	<input type="checkbox"/> เงินอื่น ๆ	จำนวน.....	สัดส่วน (%)

3. ชื่อ - สกุล (โปรดระบุค่านำหน้าด้วย).....เกี่ยวข้องเป็น.....
เลขประจำตัวประชาชน (ต้องระบุ)โทรศัพท์/มือถือ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน/ที่ติดต่อ.....

ให้ได้รับ	<input type="checkbox"/> เงินฝาก	จำนวน.....	สัดส่วน (%)
	<input type="checkbox"/> เงินค่าหุ้น	จำนวน.....	สัดส่วน (%)
	<input type="checkbox"/> เงินอื่น ๆ	จำนวน.....	สัดส่วน (%)

