

## แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.).....สมาชิกสมาคมเลขที่.....  
 สถานที่ทำงาน.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....  
 หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ตามระเบียบ ข้อบังคับสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์  
 สาธารณสุขลำพูน จำกัด 2 พ.ศ. 2562 ข้อ 13 โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินตามข้อบังคับดังนี้

- (1).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า  
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- (2).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า  
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- (3).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า  
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- (4).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า  
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- (5).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า  
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

- ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว
- ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน
- อื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....สมาชิก (สผ.สธ.ลพ.2)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

### หมายเหตุ

- ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับของสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด 2 ได้แก่ สมาชิก หรือภรรยาของสมาชิก บุตรของสมาชิก บิดา หรือ มารดา ของสมาชิก ผู้อุปการะ หรือ ผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิก
- การชู้ด ลบ ตก เต็ม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือกำกับไว้
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ให้สมาชิกยื่นคำร้องต่อสมาคม ฯ