

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ (สมทบ)

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

ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ตามระเบียบ ข้อบังคับสมาคมสถาปนิกสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน
 จำกัด พ.ศ.2562 ข้อ 13. โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินตามข้อบังคับ ดังนี้

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

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

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

ลงชื่อ.....สมาชิกสมทบ (สม. สร. ลพ.2)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

- หมายเหตุ**
- ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์สมาชิก สมาคมฯ อาจารย์ฯ ต้องเป็นบุคคลหนึ่ง ตามข้อบังคับสมาคมสถาปนิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด 2 ได้แก่ สามี หรือภรรยาของสมาชิก บุตรของสมาชิก บิดา หรือมารดาของสมาชิก ผู้อุปการะหรือผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิก
 - การชุด ลบ ตก เต็ม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือกำกับไว้
 - หากมีการเปลี่ยนแปลงภาวะระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ให้สมาชิกยื่นคำร้องต่อสมาคมฯ