



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขชลบุรี จำกัด

แบบแสดงเจตนารับผลประโยชน์

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขชลบุรี จำกัด

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขชลบุรี จำกัด เลขทะเบียนสมาชิกที่ อายุ ปี เบอร์โทรศัพท์
ขอแสดงเจตนารับผลประโยชน์ในเงินค่าหุ้น เงินฝาก หรือเงินอื่นใดของข้าพเจ้าอันจะพึงได้รับจาก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขชลบุรี จำกัด เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินดังกล่าว
ข้างต้นให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขชลบุรี จำกัด ตามจำนวนที่ข้าพเจ้าเป็นหนี้และหรือภาระผูกพัน
อื่นที่ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบต่อสหกรณ์ก่อน หากข้าพเจ้าไม่มีหนี้สินหรือภาระผูกพันใด ๆ และหรือมีเงิน
คงเหลือ หลังจากหักหนี้สิน หรือภาระผูกพันใด ๆ จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขชลบุรี จำกัด แล้ว
ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินนั้นแก่บุคคล รวม คน ดังรายชื่อต่อไปนี้

1. เกี่ยวข้องเป็น โทรศัพท์
2. เกี่ยวข้องเป็น โทรศัพท์
3. เกี่ยวข้องเป็น โทรศัพท์
4. เกี่ยวข้องเป็น โทรศัพท์
5. เกี่ยวข้องเป็น โทรศัพท์

โดยให้ผู้มีรายชื่อดังกล่าวมีสิทธิได้รับในสัดส่วนที่เท่ากัน ถ้ามีบุคคลใดถึงแก่กรรมไปก่อน ให้นำ
ส่วนของบุคคลนั้นจัดสรรแก่ผู้รับผลประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามสัดส่วน

ลงชื่อ สมาชิกผู้แสดงเจตนา

(.....)

ลงชื่อ พยาน

ลงชื่อ พยาน

(.....)

(.....)

หากมีการเปลี่ยนแปลงบุคคลผู้รับผลประโยชน์ให้ทำแบบแสดงเจตนารับผลประโยชน์ฉบับใหม่

พร้อมแนบเอกสาร - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้แสดงเจตนา / ผู้รับประโยชน์

-- สำเนาทะเบียนบ้าน

ผู้แสดงเจตนา / ผู้รับประโยชน์