



สภากรมออมทรพยสธารณสุขกาญจนบุรี จักัด

ถ.แสงชูโต ต.ปากแพรก อ.เมือง จ.กาญจนบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์สหกรณ์ฯ

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาญจนบุรี จำกัด

ด้วย ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนที่.....

ได้ทำหนังสือแจ้งผู้รับประโยชน์ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาญจนบุรี จำกัด นั้น

บัดนี้ข้าพเจ้ามีความประสงค์

- ☐ ขอเพิ่มผู้รับประโยชน์ คือ 1.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.....เกี่ยวข้องกับ.....
- ☐ ขอยกเลิกผู้รับประโยชน์ คือ 1.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.....เกี่ยวข้องกับ.....
- ☐ ขอเปลี่ยนผู้รับประโยชน์จาก.....เกี่ยวข้องกับ.....

เปลี่ยนเป็น.....เกี่ยวข้องกับ.....

เป็นผู้รับประโยชน์ของข้าพเจ้าตั้งแต่.....เป็นต้นไปจนกว่ามีเปลี่ยนแปลงโดยทำเป็นหนังสือ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติด้วย

(ลงชื่อ).....สมาชิก

(.....)

.....พยาน

(.....)

.....พยาน

(.....)

คำพิจารณาของผู้จัดการสหกรณ์

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

.....
ผู้จัดการสหกรณ์ฯ

หมายเหตุ แนบสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับประโยชน์คนใหม่