

บันทึกความยินยอมให้สหกรณ์รับเงินสงเคราะห์ หรือ
เงินที่ทายาทได้รับจากสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์เพื่อชำระหนี้ให้กับสหกรณ์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด

วันที่เดือนพ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รับราชการ/พนักงานราชการ /ลูกจ้าง ตำแหน่ง.....
สมาชิกสหกรณ์เลขที่..... หน่วย.....

ข้อ 1 ข้าพเจ้า เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด เมื่อ วันที่
.....เดือน.....พ.ศ.....รวมเป็นเวลา.....ปี ปัจจุบันมี หนี้สะสม.....บาท

- () ไม่มีหนี้กับสหกรณ์
() มีหนี้กับสหกรณ์

ข้อ 2 ปัจจุบันข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ ดังนี้ (/)

- () 2.1 สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
มหาสารคาม จำกัด (สส.อม)
() 2.2 สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
(สสท.)
() 2.3 สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่ง
ประเทศไทย (สส.ชสอ.)

ข้อ 3 ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินที่ข้าฯหรือทายาทของข้าฯพึงได้รับจากสมาคม
ฌาปนกิจสงเคราะห์ ตามข้อ 2.1, 2.2 และ 2.3 จ่ายเงินตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
มหาสารคาม จำกัด ได้แจ้งให้ข้าฯหรือทายาทของข้าฯให้ชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือชำระค่าอื่นใดแล้วแต่กรณี
ให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด จนครบจำนวน และหากมีเงินสมาคมฯ คงเหลือ ให้
จ่ายคืนแก่ทายาทของข้าพเจ้าต่อไป

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)