



หนังสือแจ้งการขอเปลี่ยนแปลงและลดจำนวนผู้รับเงินสงเคราะห์  
สมาคมปกป้องสิทธิผู้บริโภคสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการ สมาคมปกป้องสิทธิผู้บริโภคสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขประจำตัวสมาชิก.....

อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด

.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงและลดจำนวนผู้รับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

1. เปลี่ยนแปลง ผู้รับเงินสงเคราะห์ จากเดิม ดังนี้

1.1 .....

1.2. ....

1.3. ....

1.4. ....

1.5. ....

2. ลดจำนวนผู้รับเงินสงเคราะห์ คงเหลือ เป็นดังนี้

2.1 .....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2 .....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3 .....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4 .....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5 .....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว

ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน

อื่นๆ.....

ตั้งเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ใหม่ประกอบการพิจารณา ที่  
แนบเรียนมาพร้อมนี้

หากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิดังกล่าวข้างต้น ถ้าคนใดเสียชีวิตไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้น  
เป็นอันหมดสิทธิได้รับเงินดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

(ลงชื่อ).....

(.....)