

ขั้นตอน และวิธีการกรอกใบสมัคร สสท.

1. กรอกใบสมัครให้ครบทุกหน้า และหาพยานลงชื่อให้ครบ
2. แผ่นที่ 2 (คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครสมาชิก) ให้สมาชิกหาผู้รับรองลงชื่อมาให้เรียบร้อย (ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิก สสท.)
3. ใบรับรองแพทย์ให้ใช้ตามที่ สสท.กำหนดเท่านั้น ใบรับรองแพทย์หากแพทย์ระบุโรค **ความดันโลหิตสูง** สมาชิกต้องวัดผลความดันแนบมากับใบสมัคร และหากระบุโรคอื่นๆ สมาชิกต้องแนบประวัติการรักษามาประกอบการพิจารณา
4. สมาชิกแนบเอกสารประกอบ คือ สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้านรับรองสำเนา **ของผู้สมัคร และของทายาททุกคน** ที่สมาชิกระบุในหนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์ (สสท.3) **** กรณีสมัครสมทบคู่สมรส/บุตร ขอแนบบัตรพนักงาน หรือหนังสือรับรองการทำงานของคู่สมรส /บุตร เพื่อเป็นหลักฐานว่าปัจจุบันได้ประกอบอาชีพจริง ****
5. สมาชิกที่กู้เงินกับสหกรณ์ฯ และสหกรณ์ฯ ให้สมัคร สสท. ค่าสมัครครั้งแรกจะหักจากเงินกู้ที่สมาชิกกู้เงิน ส่วนสมาชิกที่ไม่ได้กู้เงิน (ประสงค์สมัครเอง) สมาชิกโอนเงินค่าสมัคร เข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่ 130 -0 - 167696 (ชื่อบัญชี: ศูนย์ประสานงานสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์ฯ) พร้อมแนบหลักฐานการโอนเงินมาพร้อมใบสมัคร
6. ใบสมัครสมาคมอาปนกิจทุกประเภท ขอให้สมาชิกโหลดจากเว็บไซต์ www.ddccoop.com เนื่องจาก สมาคมมีการเปลี่ยนแปลงแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์อยู่เสมอ หากสมาชิกรนำใบรับรองแพทย์ที่มีการยกเลิกใช้ไปแล้วมาสมัคร จะต้องเปลี่ยนเป็นใบรับรองแพทย์ใหม่ ที่เป็นแบบฟอร์มปัจจุบันเท่านั้น
7. ใบสมัครทุกแผ่น ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิด หากเขียนผิดขอให้ขีดฆ่า และลงชื่อผู้สมัครกำกับไว้

*** หากสมาชิกมีข้อสงสัย โปรดติดต่อได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 063- 0274134 ***

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

- ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
☐ 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
☐ 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสท. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
☐ 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
☐ 7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย หรือ ใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด

ตัวอย่างการกรอกใบสมัคร

สสท. 1



ใบเสร็จรับเงิน สสท. เล่มที่

เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระปกติ)

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด

วันที่ 3 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ธำรง ออมทรัพย์ อายุ 42 ปี

เลขประจำตัวประชาชน 3 1 2 9 8 0 0 0 0 1 1 2 3

เกิดวันที่ 1 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2524 คู่สมรสชื่อ น.ส. สรวิศา ออมทรัพย์

1 ☒ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ กรมควบคุมโรค จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์ 10026

☐ อื่นๆ (ระบุ)

2 ประกอบอาชีพ

2.1 ☐ รับราชการประจำ

(1) ☒ ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ) นักวิชาการสาธารณสุขชั้นปฏิบัติการ

(2) ☐ พนักงานราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)

(3) ☐ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง (ระบุ)

(4) ☐ พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง (ระบุ)

(5) ☐ อื่นๆ ระบุ

2.2 ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ บำเหน็จ ☐ บำเหน็จรายเดือน

2.3 ☐ เจ้าหน้าที่ สหกรณ์ออมทรัพย์ ตำแหน่ง (ระบุ)

สถานที่ปฏิบัติงาน/ ชื่อหน่วยงาน กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

ตำบล(แขวง) จลาตขอย อำเภอ (เขต) เมือง

จังหวัด หนองบัว รหัสไปรษณีย์ 11000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5903160

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

บ้านเลขที่ 53/15 หมู่ที่ 4 ซอย — ถนน สีหเทพ เกษมบาล 3

ตำบล(แขวง) พิมสุท อำเภอ(เขต) บางบัวทอง จังหวัด หนองบัว

รหัสไปรษณีย์ 11110 โทรศัพท์บ้าน — โทรศัพท์มือถือ 063-0274134

4 การชำระเงิน ดังนี้

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท

☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท

☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....5,500... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....5,540...บาท (ห้าพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

นายธำรง ออมทรัพย์

ตัวอย่างการกรอกใบสมัคร



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

* ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย *

ข้าพเจ้า นางสมใจ สอนทอง สมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
 สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว 153396 อยู่บ้านเลขที่ 88/21 หมู่ที่ 4
 ต.รอก/ซอย - ถนน - ตำบล/แขวง ตลาดขจร อำเภอ/เขต เมือง
 จังหวัด หนองบัวลำภู โทรศัพท์ 063-0274134
 ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว สหกรณ์ ออมทรัพย์ มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.1
 ของสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ
 ลงชื่อ สมใจ สอนทอง ผู้รับรอง
 วันที่ 3 / 7 .ค. 2566

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสท. และได้แนบหลักฐาน
 ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ
 และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสท. ตามรอบการรับสมัคร หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เสนอ ☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสท.

☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสท.

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสท. ตั้งแต่วันที่.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/ 25..... เมื่อวันที่.....

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

☐ นายกสมาคม สสท.

☐ กรรมการ สสท. ปฏิบัติการแทน

นายกสมาคม สสท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตัวอย่างการสมัครใบสมัคร

* ประทับตราโรงพยาบาล
ในใบรับรองแพทย์จ้าง
ไหนก็ได้ *



สสท. 2

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสท.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว... อสม. ออมทรัพย์ อายุ 40 ปี

เลขประจำตัวประชาชน 3331122000321 ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (3.1) - (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

โรคประจำตัวอื่นๆ

* ลงชื่อผู้สมัคร * ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
* ลงชื่อ อสม. ออมทรัพย์ วันที่ 3 เดือน ก.ค. พ.ศ. 2566

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้

- ☐ (1) ไม่เป็นผู้มีกายภาพพิการจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ (2) ไม่มีจิตใจหยาบคาย ไม่สมประกอบ
- (3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(3.1) โรคเบาหวาน	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
(3.2) โรคหัวใจ	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
(3.3) โรคความดันโลหิต	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
(3.4) โรคหลอดเลือดหัวใจ	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
(3.5) โรคเบาหวานขึ้นเรื้อรัง	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
(3.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
(3.7) โรคเอดส์	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
(3.8) โรคตับแข็ง	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
(3.9) โรคเอสแอลอี (SLE)	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
(3.10) โรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสท. 2	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
 - (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที
 - (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสท. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป

* แพทย์เป็น
ผู้ลงรายละเอียด
การตรวจร่างกาย

ตัวอย่างการสมัครใบสมัคร

-2-

ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสท.



สสท. 2

สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด
เขียนที่..... วันที่ 3 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว สหกรณ์ ออมทรัพย์

เลขประจำตัวประชาชน 3 3 3 1 1 2 2 0 0 0 3 2 1 อายุ 40 ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสท. ดังนี้

- ☒ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☒ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☒ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | |
|---|---|
| (4.1) โรคเมะเร็ง | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.2) โรคหัวใจ | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.3) โรควัณโรค | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.4) โรคปอดเรื้อรัง | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต) | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.7) โรคเอดส์ | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.8) โรคตับแข็ง | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.9) โรคเอสแอลอี (SLE) | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสท. 2 | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ สสท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2566 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ..... สหกรณ์ ออมทรัพย์
(นาย สหกรณ์ ออมทรัพย์.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสท.)

* เจ้าหน้าที่ยื่น *
ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ..... สุวรรณา ออมทรัพย์
(.....)
* ผู้รับผลประโยชน์ *
พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์
คนใดคนหนึ่งลงชื่อ



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด

เขียนที่.....
วันที่ 3 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ข้าพเจ้า นายสหกรณ์ ออมทรัพย์ อายุ 40 ปี เกิดวันที่ 1 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2525

สมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่ 10026

อยู่บ้านเลขที่ 53/15 หมู่ที่ 4 ถนน เกษราภ 3 ตำบล พิมลราช

อำเภอ บางบัวทอง จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11110

โทรศัพท์ - มือถือ 088-553311

1. สถานภาพ

☐ โสด ☒ สมรส คู่สมรสชื่อ น.ส. สุวรรณา ออมทรัพย์ ☐ หย่า หรือ หม้าย

โปรดระบุ
ชื่อผู้จัดการ
ศพ *

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสทท. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า
คือ น.ส. สุวรรณา ออมทรัพย์ เกี่ยวข้องเป็น คู่สมรส ของข้าพเจ้า (10% ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

- | | | | | | | |
|-----|------------------------|----------------|---------|---------------------|------|--------------------------------------|
| 2.1 | น.ส. สุวรรณา ออมทรัพย์ | เกี่ยวข้องเป็น | คู่สมรส | ของข้าพเจ้า สัดส่วน | 20 % | * สัดส่วน
รวมกัน
ให้ได้
90% |
| 2.2 | นาย สหกรณ์ ออมทรัพย์ | เกี่ยวข้องเป็น | บุตร | ของข้าพเจ้า สัดส่วน | 20 % | |
| 2.3 | น.ส. สุวรรณา ออมทรัพย์ | เกี่ยวข้องเป็น | บุตร | ของข้าพเจ้า สัดส่วน | 20 % | |
| 2.4 | ด.ช. สหกรณ์ ออมทรัพย์ | เกี่ยวข้องเป็น | หลาน | ของข้าพเจ้า สัดส่วน | 15 % | |
| 2.5 | ด.ญ. สุภาพร ออมทรัพย์ | เกี่ยวข้องเป็น | หลาน | ของข้าพเจ้า สัดส่วน | 15 % | |

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ☐ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

☒ อื่นๆระบุ ให้สสทท. ตามที่ระบุ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ หายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) สหกรณ์ ออมทรัพย์
(นาย สหกรณ์ ออมทรัพย์) ผู้ให้อำนาจยินยอม

ผู้สมัครสมาชิก สสทท.

(ลงชื่อ) วรณกร กิ่งกร พยาน

(นาย วรณกร กิ่งกร)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ สสทท.

(.....)

* พยานต้องไม่
เป็นชื่อผู้รับ
เงินสงเคราะห์ *

ตัวอย่างการกรอกใบสมัคร

สสทท.9

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทท.)

เขียนที่.....สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด
วันที่ 3 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า น.ส.สุธรรณี ออมทรัพย์ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....
เลขที่ 3 1 2 0 0 0 0 0 1 1 3 1 3 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 53/15 4
ซอย - ถนน เทศบาล 3 ตำบล(แขวง) พิมลราช อำเภอ(เขต) บางบัวทอง
จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11110 โทรศัพท์บ้าน - โทรศัพท์มือถือ 083-0231234
ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด
หรือ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ 0 9 9 4 0 0 0 1 6 8 5 6 0 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 88/21 4
ซอย - ถนน - ตำบล(แขวง) ตลาดขวัญ อำเภอ(เขต) เมือง
จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000 โทรศัพท์บ้าน 02-5903820 โทรศัพท์มือถือ 063-0274134
เป็นผู้ (✓) รับเงินค่าจัดการศพ (✓) รับเงินสงเคราะห์ (✓) อื่นๆ ที่พึงได้รับ
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ นายสุธรรณี ออมทรัพย์ ที่มีต่อ
สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับรองขอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) สุธรรณี ออมทรัพย์ ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(ลงชื่อ) สุธรรณี ออมทรัพย์ ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) สุธรรณี ออมทรัพย์ ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(ลงชื่อ) นายสุธรรณี ออมทรัพย์ (ลงชื่อ) น.ส.สุธรรณี ออมทรัพย์
บัตรประชาชนเลขที่ 1 1298 00030 112 บัตรประชาชนเลขที่ 1 1298 00031 113
(ลงชื่อ) สุธรรณี ออมทรัพย์ ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) สุภาพร ออมทรัพย์ ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(ลงชื่อ) ค.ท. สุธรรณี ออมทรัพย์ (ลงชื่อ) ค.ท. สุภาพร ออมทรัพย์
บัตรประชาชนเลขที่ 1 1298 00032 114 บัตรประชาชนเลขที่ 1 1298 00033 115
(ลงชื่อ)ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและมอบ
อำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ) วิชัย การเงินดี พยาน (ลงชื่อ) สุใจ วิมลศิริ พยาน
(นายวิชัย การเงินดี) (นางสุใจ วิมลศิริ)