คู่มือเตรียมเอกสารสำหรับสมาชิกที่จะเกษียณอายุราชการ

ปี 2566

ประเภทสมาชิก /สังกัด	แบบฟอร์มที่ใช้	เอกสารประกอบ
ข้าราชการ / ลูกจ้างประจำ รพ.สงขลา , สสจ.สงขลา สนง.ป้องกันควบคุมโรค , รพ.ธัญญารักษ์ สนง.สิ่งแวดล้อม,สนง.สนับสนุนสุขภาพ	1.แบบฟอร์มขอรับสวัสดิการอายุ 60 ปีหรือเกษียณ 2.แบบฟอร์มแจ้งชื่อผู้รับผลประโยชน์ 3.แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์ 4.แบบขอพักหุ้น-หนี้สำหรับผู้เกษียณอายุราชการ 5.แบบฟอร์มยินยอมให้หักเงินเดือน	สำเนาบัตรประชาชนสมาชิก จำนวน 4 ใบ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ทุกคน
ข้าราชการ / ลูกจ้างประจำ รพ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์	1.แบบฟอร์มขอรับสวัสดิการอายุ 60 ปีหรือเกษียณ 2.แบบฟอร์มแจ้งชื่อผู้รับผลประโยชน์ 3.แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์ 4.แบบขอพักหุ้น-หนี้สำหรับผู้เกษียณอายุราชการ 5.แบบฟอร์มยินยอมให้หักเงินเดือน 6.หนังสือยินยอมให้หักบำนาญ(ฟอร์มของรพ.)	สำเนาบัตรประชาชนสมาชิก จำนวน 7 ใบ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ทุกคน
สมาชิกสามัญ พนง.ราชการ/พกส. ทุกหน่วยงาน	1.แบบฟอร์มขอรับสวัสดิการอายุ 60 ปีหรือเกษียณ 2.แบบฟอร์มแจ้งชื่อผู้รับผลประโยชน์ 3.แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์ 4.แบบขอพักหุ้น-หนี้สำหรับผู้เกษียณอายุราชการ 5.หนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝาก	สำเนาบัตรประชาชนสมาชิก จำนวน 4 ใบ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ทุกคน
สมาชิกสมทบ พนง.ราชการ/พกส. ทุกหน่วยงาน	1.แบบฟอร์มขอรับสวัสดิการอายุ 60 ปีหรือเกษียณ 2.ใบลาออกจากสมาชิกสหกรณ์	สำเนาบัตรประชาชนสมาชิก จำนวน 2 ใบ สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร

เริ่มใช้ 24/08/59

แบบคำขอรับเงินค่าตอบแทนสมาชิกผู้เกษียณอายุราชการ

และสมาชิกที่ลาออกจากราชการหรืองานประจำ ก่อนอายุ 60 ปี โดยไม่เคยได้รับเงินสวัสดิการนี้

ชื่อ – สกุล..... เลขที่สมาชิก.....สังกัด.....

วัน / เดือน / ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่หลังเกษียณ ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....

✪ วันที่ลาออกจากราชการ.....

บุคคลที่สหกรณ์สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน คือ

1. ชื่อ – สกุล.....โทรศัพท์.....
2. ชื่อ – สกุล.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้สหกรณ์ ฯ โอนเงินค่าตอบแทนเกษียณอายุราชการ ผ่านบัญชีเงินฝากสหกรณ์

ชื่อบัญชี..... เลขที่.....

เอกสารต่าง ๆ ที่ทางสหกรณ์ออกให้ หลังจากเกษียณฯ ข้าพเจ้ามีความประสงค์

❍ รับเอกสารด้วยตนเอง ❍ จัดส่งเอกสารให้ข้าพเจ้าที่.....

.....

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาคำสั่งให้ออกจากราชการเนื่องจากเกษียณฯ
3. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรก (กรณีโอนเงิน)

ลงชื่อ.....

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ภาระผูกพันกับสหกรณ์

1. ทุนเรือนหุ้น.....บาท
2. หนี้เงินกู้ ประเภท.....จำนวนเงินต้นคงเหลือ.....บาท
3. หนี้เงินกู้ ประเภท.....จำนวนเงินต้นคงเหลือ.....บาท
4. หนี้เงินกู้ ประเภท.....จำนวนเงินต้นคงเหลือ.....บาท
5. หนี้เงินกู้ ประเภท.....จำนวนเงินต้นคงเหลือ.....บาท
6. ค้ำประกันผู้อื่น.....

ผู้รับประโยชน์ ❍ มีเอกสารตั้งผู้รับประโยชน์ ❍ ไม่มีเอกสารตั้งผู้รับประโยชน์ (ให้จัดทำใหม่)

❍ รับเงินบำเหน็จ เป็นเงินประมาณ.....บาท นำมาหักหนี้จำนวน.....บาท ✪

❍ รับเงินบำนาญ หรือเงินบำเหน็จรายเดือน เดือนละ.....บาท ✪✪

เป็นสมาชิกมาแล้ว ระยะเวลา.....งวด (.....ปี.....เดือน) ได้รับค่าตอบแทนฯ จำนวน.....บาท

✪ หนังสือให้ความยินยอมฯ

✪✪ กู้สามัญโดยใช้หุ้นค้ำแทนหนี้เดิม หรือปรับโครงสร้างหนี้

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

ข้อมูล ณ วันที่.....

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

229 หมู่ 6 ตำบลน้ำน้อย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ (074) 313229, 300662-3

หนังสือแสดงเจตนาการตั้งผู้รับผลประโยชน์

เขียนที่ สถานที่ทำการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด เลขทะเบียนสมาชิกที่.....สังกัด.....โทร.....

ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างการเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้สหกรณ์ ฯ จ่ายเงินค่าหุ้น เงินค่าหุ้นรายเดือน เงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน เงินรับฝาก รวมทั้งบรรดาทรัพย์สินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับตามสิทธิของการเป็นสมาชิกแล้วแต่กรณีให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ของข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 ชื่อ – สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....
ความสัมพันธ์.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ลำดับที่ 2 ชื่อ – สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....
ความสัมพันธ์.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ลำดับที่ 3 ชื่อ – สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....
ความสัมพันธ์.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ลำดับที่ 4 ชื่อ – สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....
ความสัมพันธ์.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไขดังนี้.....
(หากมิได้ระบุเงื่อนไขให้แบ่งตามสัดส่วนที่เท่ากัน)

หากข้าพเจ้าได้แจ้งผู้รับโอนผลประโยชน์ไว้ก่อนหน้านี้ ให้ถือว่ายกเลิก และให้ใช้หนังสือฉบับนี้แทน

หมายเหตุ

1. ผู้ทำหนังสือต้องลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าเจ้าหน้าที่สหกรณ์ในฐานะพยาน 2 คน
2. เจ้าหน้าที่สหกรณ์ ในฐานะพยานต้องลงลายมือชื่อรับรอง
3. ผู้ทำหนังสือจะต้องเป็นผู้เขียน / พิมพ์ เองเท่านั้น
4. แนบสำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการของผู้ทำหนังสือ พร้อมรับรองสำเนา
5. แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ทุกคน พร้อมผู้ทำหนังสือรับรองสำเนา

(ลงชื่อ).....ผู้ทำหนังสือ
(.....)

ผู้ทำหนังสือได้ทำหนังสือฉบับนี้และลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่สหกรณ์
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่สหกรณ์
(.....)

เริ่มใช้ 1 มีนาคม 2565

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

229 ถนนลพบุรีราเมศวร์ หมู่ 6 ตำบลน้ำน้อย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

โทรศัพท์ 0-7431-3229 , 0-7430-0662-3 โทรสาร 0-74-31-1759 www.spsc-coop.com

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร

.....

เรื่อง แจ้งความประสงค์

เรียน ประธานกรรมการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....

เบอร์โทรศัพท์.....สังกัด..... มีความประสงค์ขอให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด ดำเนินการให้ข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้ (กรุณาแจ้งความประสงค์ 1 เรื่องต่อ 1 ฉบับ)

1. ส่งเงินค่าหุ้นรายเดือน (หุ้นละ 10 บาท)

☐ ต้องการซื้อหุ้น จำนวน.....หุ้น เป็นเงิน.....บาท (.....)

☐ ต้องการเปลี่ยนแปลงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนจากเดิม.....บาท เป็น .....บาท ตั้งแต่ ..... เป็นต้นไป

2. เปลี่ยนแปลงชื่อ-สกุล (นำสมุดบัญชีเงินฝากมาติดต่อด้วยทุกครั้ง)

☐ ต้องการเปลี่ยนแปลง ชื่อ- สกุล จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น.....

☐ ต้องการเปลี่ยนแปลง ชื่อ- สกุล ในรายการบัญชีเงินฝาก (นำสมุดบัญชีเงินฝากมาติดต่อพร้อมกันนี้)

จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น.....

ในบัญชีเลขที่ ☐☐-☐☐☐☐☐-☐,และบัญชีเลขที่ ☐☐-☐☐☐☐☐-☐,และบัญชีเลขที่ ☐☐-☐☐☐☐☐-☐,และบัญชีเลขที่ ☐☐-☐☐☐☐☐-☐,และบัญชีเลขที่ ☐☐-☐☐☐☐☐-☐

3. เปลี่ยนแปลงที่อยู่/ สถานที่ปฏิบัติงาน/ หน่วยงานหักเงินเดือนส่งสหกรณ์

☐ ต้องการเปลี่ยนแปลงหน่วยงานหักเงินเดือนส่งสหกรณ์ จากเดิม.....

เปลี่ยนเป็น.....

☐ ต้องการเปลี่ยนแปลงสถานที่ปฏิบัติงานจริง จากเดิม.....

เปลี่ยนเป็น.....

☐ ต้องการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร/ที่อยู่ปัจจุบัน/ที่อยู่ที่ติดต่อได้ จากเดิม.....

..... เปลี่ยนเป็น.....

4. เกี่ยวกับเงินฝาก

☐ ต้องการออกสมุดบัญชีเงินฝากใหม่ เลขที่บัญชี☐☐-☐☐☐☐☐-☐ เนื่องจาก ○ หาย ○ ชำรุด

5. อื่น ๆ (ระบุ) .....

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

หมายเหตุ:
1.แนบสำเนาบัตรประชาชน/ข้าราชการ พร้อมรับรองสำเนา
2.การเปลี่ยนแปลงรายการใดๆ ต้องอยู่ในระเบียบและข้อบังคับสหกรณ์เท่านั้น
3.การเปลี่ยนแปลงชื่อ -นามสกุล ที่อยู่ ต้องแนบใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล, หรือสำเนาทะเบียนสมรส,หรือสำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีเปลี่ยนที่อยู่) พร้อมรับรองสำเนา

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

เริ่มใช้วันที่ 1 มีนาคม 2564

หนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน ผู้จัดการ ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิก สสธท.เลขที่ 0277- .....สังกัด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เบอร์โทร.....มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธท.) ของข้าพเจ้า ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนตัว ❑ ไม่เปลี่ยนแปลง (กรณีที่ไม่เปลี่ยนแปลงกรุณาใส่เครื่องหมาย✓ด้วย) ❑ เปลี่ยนแปลง ดังนี้

☐ ชื่อ : ชื่อเดิม.....เปลี่ยนเป็น .....

☐ ที่อยู่ปัจจุบัน.....

2. รูปแบบการชำระเงินสงเคราะห์ฌาปนกิจล่วงหน้าในแต่ละปี

❑ ไม่เปลี่ยนแปลง (กรณีที่ไม่เปลี่ยนแปลงกรุณาใส่เครื่องหมาย✓ด้วย) ❑ เปลี่ยนแปลง จากเดิม.....เป็น

☐ เงินสด ☐ เงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน

☐ กู้สหกรณ์ (แนบคำขอและสัญญาเงินกู้ประเภทสามัญหมุนเวียนเพื่อการฌาปนกิจสงเคราะห์)

☐ หักบัญชีเงินฝาก เลขที่.....(แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากสหกรณ์หน้าแรก)

3.ข้อมูลและเอกสารอื่น ๆ .....

.....

.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

เอกสารที่ใช้ประกอบ

1. สำเนาบัตรประชาชน/ข้าราชการ พร้อมรับรองสำเนา
2. สลิปเงินเดือน กรณีกู้ฌาปนกิจหมุนเวียน
3. สำเนาสมุดบัญชีสหกรณ์ กรณีจ่ายเงินสงเคราะห์โดยหักบัญชีเงินฝาก
4. เอกสารการเปลี่ยนแปลงอื่นที่เกี่ยวข้อง

(.....)

สมาชิก สสธท.ประจำศูนย์ประสานงาน

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

<u>หมายเหตุ</u> กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลดังกล่าว กรุณาแนบเอกสารการเปลี่ยนแปลงให้ครบถ้วน

เพื่อสิทธิประโยชน์ของท่านสมาชิกเอง สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สหกรณ์ฯ 074-313-229

หนังสือยินยอมให้หักเงินบำนาญ

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ยินยอมให้หักเงินบำนาญรายเดือน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ด้วยข้าพเจ้า.....

ข้าราชการบำนาญ สังกัด โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ยินยอมให้กองคลัง หักเงินบำนาญของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้ให้กับบุคคลที่สาม ดังต่อไปนี้

1. ค่าหุ้นสหกรณ์ออมทรัพย์กรมสุขภาพจิต จำกัด เดือนละ.....บาท(.....)

2. เงินกู้สหกรณ์ออมทรัพย์กรมสุขภาพจิต จำกัด. เงินต้น เดือนละ.....บาท พร้อมดอกเบี้ยตามที่สหกรณ์ฯ เรียกเก็บ

3. เงินกู้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา เดือนละ.....บาท(.....)

4. เงินกู้ธนาคารออมสิน เดือนละ.....บาท(.....)

ตั้งแต่เดือน..... เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ).....ข้าราชการบำนาญผู้ยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

หนังสือยินยอมให้หักเงินบำนาญ

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ยินยอมให้หักเงินบำนาญรายเดือน

เรียน ผู้อำนวยการกองคลัง กรมสุขภาพจิต

ด้วยข้าพเจ้า.....

ข้าราชการบำนาญ สังกัด โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ยินยอมให้กองคลัง หักเงินบำนาญของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้ให้กับบุคคลที่สาม ดังต่อไปนี้

1. ค่าหุ้นสหกรณ์ออมทรัพย์กรมสุขภาพจิต จำกัด เดือนละ.....บาท(.....)

2. เงินกู้สหกรณ์ออมทรัพย์กรมสุขภาพจิต .จำกัด. เงินต้น เดือนละ.....บาท พร้อมดอกเบี้ยตามที่สหกรณ์ฯ เรียกเก็บ

3. เงินกู้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา เดือนละ.....บาท(.....)

4. เงินกู้ธนาคารออมสิน เดือนละ.....บาท(.....)

ตั้งแต่เดือน..... เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ).....ข้าราชการบำนาญผู้ยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

หนังสือยินยอมให้หักเงินบำนาญ

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ยินยอมให้หักเงินบำนาญรายเดือน

เรียน ผู้อำนวยการกองคลัง กรมสุขภาพจิต

ด้วยข้าพเจ้า.....

ข้าราชการบำนาญ สังกัด โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ยินยอมให้กองคลัง หักเงินบำนาญของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้ให้กับบุคคลที่สาม ดังต่อไปนี้

1. ค่าหุ้นสหกรณ์ออมทรัพย์กรมสุขภาพจิต จำกัด เดือนละ.....บาท(.....)

2. เงินกู้สหกรณ์ออมทรัพย์กรมสุขภาพจิต .จำกัด. เงินต้น เดือนละ.....บาท พร้อมดอกเบี้ยตามที่สหกรณ์ฯ เรียกเก็บ

3. เงินกู้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา เดือนละ.....บาท(.....)

4. เงินกู้ธนาคารออมสิน เดือนละ.....บาท(.....)

ตั้งแต่เดือน..... เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ).....ข้าราชการบำนาญผู้ยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

เรื่อง ให้ความยินยอมและขอความอนุเคราะห์หักเงินชำระหนี้สหกรณ์

เรียน ผู้บังคับบัญชา หรือผู้มีหน้าที่จ่ายเงินเดือน เงินบำเหน็จ เงินบำนาญ รวมทั้งเงินประเภทอื่นที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ

ข้าพเจ้า..... สมาชิกทะเบียนเลขที่.....

ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด ปฏิบัติงานตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....รหัสไปรษณีย์ .....

เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินเดือน ค่าจ้าง บำนาญ บำเหน็จรายเดือน บำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดจากหน่วยงานต้นสังกัด หรือกรมบัญชีกลาง หรือหน่วยงานของรัฐประเภทใดๆ ที่มีหน้าที่จ่ายเงินดังกล่าว รายละเอียดดังที่ท่านทราบแล้ว นั้น

ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอม และไม่ขัดข้อง และขอความอนุเคราะห์มายังท่าน โปรดหักเอาเงินประเภทต่างๆ ดังระบุข้างต้น ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับ และนำเงินส่วนที่หักนี้ส่งมอบ ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด เพื่อ ชำระหนี้สินทุกประเภทที่ข้าพเจ้ามีในสหกรณ์ฯ, ชำระค่าหุ้นรายเดือน และหรือนำฝากเข้าบัญชีเงินฝากที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับสหกรณ์ฯ (ถ้ามี) ทั้งนี้ ตามยอดเงินที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด แจ้งเรียกเก็บเป็นลายลักษณ์อักษร

อนึ่ง ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะถอนความยินยอมการให้หักเงินนี้ ไม่ว่าข้าพเจ้าจะได้โอนย้ายไปสังกัดส่วนราชการ องค์การรัฐวิสาหกิจอื่นใดนอกกระทรวงสาธารณสุข หรือเกษียณอายุราชการ หรือพ้นจากหน้าที่ราชการด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานที่มีหน้าที่เบิกจ่ายเงินของส่วนราชการหรือหน่วยงานที่ข้าพเจ้าโอนย้ายไปสังกัดหักเงิน ส่งชำระหนี้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด ตามสัญญากู้เงินหรือคำขอกู้จนกว่าหนี้สินที่ข้าพเจ้ามีในสหกรณ์จะหมดสิ้นไป เว้นแต่สหกรณ์ฯ จะให้ความยินยอมเป็นหนังสือลงลายมือชื่อผู้มีอำนาจตามข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ .....

(.....)

โทรศัพท์.....

ถือใช้ มีนาคม 2564

229 ม.6 ถ.ลพบุรีราเมศวร์ ต.น้ำน้อย อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

โทรศัพท์ 0-7431-3229 , 0-7443-6760 โทรสาร 0-7443-6759 http://www.spsc-coop.com

หนังสือยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินจากบัญชีเงินฝาก

เรียน คณะกรรมการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ข้าพเจ้า .....เลขที่สมาชิก..... เจ้าของบัญชีเงินฝากออมทรัพย์เลขที่..... ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด หักเงินจากบัญชีเงินฝากเลขที่ดังกล่าวข้างต้น เพื่อชำระหนี้เงินกู้ และหรืออื่น ๆ ที่สหกรณ์เรียกเก็บ

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด
229 หมู่ 6 ถนนลพบุรีราเมศวร์ ตำบลน้ำน้อย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
โทรศัพท์ 0-7431-3229 , 0-7430-0662-3 โทรสาร 0-7431-1759 www.spsc-coop.com

แบบคำร้องขอพักชำระหนี้ สำหรับสมาชิกผู้เกษียณอายุราชการ หรือลาออกจากราชการ

วันที่ .....

เรื่อง ขอพักชำระค่าหุ้นรายเดือนและหนี้ เนื่องจากเกษียณอายุราชการ หรือลาออกจากราชการ

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ข้าพเจ้า..... เลขสมาชิก .....

สังกัดหน่วยงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ขอพักการส่งค่าหุ้น และชำระหนี้เงินกู้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด เนื่องจาก

❍ เกษียณอายุราชการ ประจำปี.....

❍ ลาออกจากราชการ มีผลตั้งแต่วันที่..... รายละเอียดตามสำเนาคำสั่งที่ส่งมาพร้อมนี้

รายการที่ขอพักชำระ ดังนี้ ❍ พักชำระค่าหุ้นรายเดือน ตั้งแต่.....

❍ เงินกู้ฉุกเฉิน สัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....

❍ เงินกู้สามัญ สัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....

สัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....

สัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....

❍ เงินกู้พิเศษ สัญญาเลขที่..... ลงวันที่.....

สัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....

ทั้งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้า ได้รับเงินได้รายเดือน ค่าจ้าง บำนาญ บำเหน็จรายเดือน บำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดจากหน่วยงานต้นสังกัด หรือกรมบัญชีกลาง ก่อนครบกำหนดระยะเวลาพักชำระหนี้ข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ต้นสังกัด หักเงินได้ดังกล่าว ส่งมอบให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด เพื่อชำระหนี้สินทุกประเภทที่ข้าพเจ้ามีในสหกรณ์ฯ, ชำระค่าหุ้นรายเดือน และหรือนำฝากเข้าบัญชีเงินฝากที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับสหกรณ์ฯ (ถ้ามี) ทั้งนี้ ตามยอดเงินที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด แจ้งเรียกเก็บเป็นลายลักษณ์อักษร ไปยังต้นสังกัด

ขอแสดงความนับถือ

..... ผู้ขอ

(.....)

1..... ผู้ค้ำประกัน (.....)

2..... ผู้ค้ำประกัน (.....)

3..... ผู้ค้ำประกัน (.....)

เอกสารแนบ 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนสมาชิกผู้ขอ และผู้ค้ำประกัน(ถ้ามี)

2. สำเนาคำสั่งให้พ้นจากราชการเพราะครบเกษียณอายุ หรือคำสั่งลาออกจากราชการ (ถ้ามี)

เริ่มใช้เดือนสิงหาคม 2564