



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ .....

ที่.....วันที่.....

เรื่อง **แจ้งยืนยันการเป็นสมาชิกภาพกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร องค์การสาธารณสุขจังหวัดน่าน**

เรียน ประธานคณะกรรมการกองทุน ส.อศจ.น่าน

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ได้ โอน/ย้าย/ลาออก เมื่อวันที่.....และเป็นสมาชิกกองทุน ส.อศจ.น่าน

เลขทะเบียน..... มีความประสงค์ขอยืนยันการเป็นสมาชิกกองทุนฯ และจะนำส่งเงินค่าสงเคราะห์

ประจำเดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป ด้วยวิธี

๑. ( ) จะชำระเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นประจำทุกปี อัตราตามจำนวนศพที่เสียชีวิตจริง ตามที่กองทุน ส.อศจ.น่านแจ้ง และชำระเงินตามแจ้ง โดยตัวแลกเงิน (ดริฟท์) ส่งจ่ายในนาม “กองทุน ส.อศจ.น่าน”

๒. ( ) เรียกเก็บเงินสงเคราะห์ โดยหักจากอัตราเงินเดือน ของ.....

ซึ่งปฏิบัติราชการที่.....ตำแหน่ง.....

๓. ( ) อื่นๆ.....

(พร้อมแนบหนังสือให้ความยินยอม ให้หักเงินเดือน ไว้เป็นหลักฐาน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

.....

(.....)

สมาชิก กองทุน ส.อศจ.น่าน

.....พยาน

(.....)

.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ ๑. เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

๒. แนบสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๓. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

