

หนังสือยินยอมให้หักเงินบำนาญ/บำเหน็จเพื่อชำระเงินค่าสงเคราะห์ของกองทุน ส.อ.ส.จ.น่าน

เรียน ประธานคณะกรรมการกองทุน ส.อ.ส.จ.น่าน

ข้าพเจ้า.....เป็นข้าราชการบำนาญ/บำเหน็จ
สังกัด(หน่วยงานผู้เบิก).....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เป็น
สมาชิกกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร องค์การสาธารณสุขจังหวัดน่าน เลขทะเบียน.....
มีความยินยอมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน หักเงินบำนาญ/บำเหน็จ ตั้งแต่เดือน.....
เป็นต้นไป เพื่อชำระค่าสงเคราะห์กองทุน ส.อ.ส.จ.น่าน ของข้าพเจ้า

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินบำนาญ เพื่อชำระค่าสงเคราะห์กองทุน ส.อ.ส.จ.น่าน จนกว่า
ข้าพเจ้าจะเพิกถอนความยินยอมให้ภายหลัง โดยจะต้องได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นหนังสือก่อนจึงจะ
เพิกถอนได้

ลงชื่อ.....ผู้รับเงินบำนาญ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ ผู้รับเงินบำนาญให้แนบเอกสารสำเนาทะเบียนบ้าน/บัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
(รับรองสำเนา)

