



เลขสมาชิก.....

หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....
 บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ---- ปฏิบัติงานที่หน่วยงาน.....
 สังกัด.....ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ขอทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ไว้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้ว ให้สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด จ่ายค่าหุ้น เงินรับฝาก เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน เงินสงเคราะห์งานศพ และผลประโยชน์บรรดาที่ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ฯ แก่ผู้รับโอนประโยชน์ ที่ข้าพเจ้าตั้งขึ้นเท่านั้น ดังมีรายชื่อและรับประโยชน์ตามสัดส่วน ดังต่อไปนี้

1. นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....
 ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ---- ได้รับจำนวนร้อยละ.....
2. นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....
 ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ---- ได้รับจำนวนร้อยละ.....
3. นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....
 ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ---- ได้รับจำนวนร้อยละ.....
4. นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....
 ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ---- ได้รับจำนวนร้อยละ.....
5. นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....
 ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ---- ได้รับจำนวนร้อยละ.....

ทั้งนี้ ไม่เกี่ยวกับทรัพย์สินอย่างอื่นของข้าพเจ้าหากจะมี ซึ่งข้าพเจ้าจะได้ทำพินัยกรรมไว้ ต่างหากอีกฉบับหนึ่ง หรือตกเป็นของทายาทโดยธรรมแล้วแต่กรณี ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามี สติสมบูรณ์ดี และได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน เป็นสำคัญ

หมายเหตุ : สมาชิกต้องยื่นหนังสือฉบับนี้ พร้อมเอกสารประกอบ ต่อสหกรณ์ฯ ด้วยตนเองเท่านั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

/ ในกรณีผู้รับโอน....

ในกรณีที่ผู้รับโอนประโยชน์คนหนึ่งคนใด ถึงแก่กรรมก่อนผู้ทำหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ ให้สหกรณ์ฯ ดำเนินการโอนสัดส่วนของผู้รับโอนประโยชน์ถึงแก่กรรม ตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือฯ ดังนี้

- ให้นำส่วนของผู้ถึงแก่กรรม ไปแบ่งให้แก่ผู้มีชื่อรับโอนประโยชน์ที่เหลืออยู่ในหนังสือฉบับนี้ ตามสัดส่วนเท่าๆ กัน
- ให้ส่วนของผู้รับประโยชน์ ที่ถึงแก่กรรมก่อนข้าพเจ้า ให้ตกแก่ทายาทโดยธรรมตามกฎหมายของข้าพเจ้า โดยกรณีที่มีทรัพย์สินไม่เกินสามแสนบาทถ้วน ให้ดำเนินการสืบทายาทตามหลักเกณฑ์สหกรณ์ฯ หากเกินกว่าสามแสนบาทขึ้นไป ให้ทายาทของข้าพเจ้า ไปดำเนินการร้องขอต่อศาลเพื่อแต่งตั้งผู้จัดการมรดกต่อไป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....ได้ลงลายมือชื่อไว้ในหนังสือตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ต่อหน้าข้าพเจ้าทั้งสอง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
เจ้าหน้าที่ สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
เจ้าหน้าที่ สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ

คำแนะนำ

1. หากพิมพ์ด้วยพิมพ์ดีด หรือมีผู้อื่นเป็นผู้เขียน หรือกรอกข้อความในช่องว่าง สมาชิกที่ตั้งผู้รับโอนประโยชน์ ต้องลงลายมือชื่อต่อหน้าพยาน (เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ) อย่างน้อย 2 คนพร้อมกัน
2. เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ ซึ่งเป็นพยาน จะต้องลงลายมือชื่อในขณะนั้นต่อหน้าสมาชิกที่ตั้งผู้รับโอนประโยชน์
3. ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์จะเป็นผู้รับประโยชน์ไม่ได้
4. ถ้ามีการขาด ลบ ตก เต็ม หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงในหนังสือนี้ จะต้องลงลายมือชื่อสมาชิกที่ตั้งผู้รับโอนประโยชน์ และวัน เดือน ปี กำกับไว้ต่อหน้าเจ้าหน้าที่สหกรณ์ ซึ่งเป็นพยาน และพยานต้องลงลายมือชื่อกำกับไว้ ในขณะนั้นด้วย

เอกสารประกอบ

(โปรดเตรียมเอกสารประกอบที่ชัดเจน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วยตนเอง)

1. สมาชิกผู้ทำหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาใบสำคัญเปลี่ยนคำนำหน้า, ชื่อ, สกุล (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
2. ผู้รับโอนประโยชน์
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาใบสำคัญเปลี่ยนคำนำหน้า, ชื่อ, สกุล (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ



หนังสือแสดงความยินยอม (Consent Form)
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562
สำหรับสมาชิกผู้ทำหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์
สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

ในฐานะสมาชิกหรือผู้ใช้บริการจากสหกรณ์ “ให้” ความยินยอม “ไม่ให้” ความยินยอม

ในการให้สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด จัดเก็บรวบรวม เปิดเผย หรือใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ชื่อ-นามสกุล, เลขบัตรประชาชน, เลขสมาชิก, ข้อมูลการติดต่อ, ที่อยู่, ข้อมูลการแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ และข้อมูลตามเอกสาร หลักฐานประกอบอื่นที่กำหนดไว้ใน หนังสือผู้รับโอนประโยชน์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ใช้ในการ ประกอบการแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ตามระเบียบสหกรณ์ฯ

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากประกาศ นโยบายความเป็นส่วนตัว เอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ ถึง วัตถุประสงค์ ในการเก็บรวบรวมใช้หรือเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคล และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาาระหว่างข้าพเจ้ากับสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดที่เกิดจาก ไม่ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม เปิดเผย หรือใช้ข้อมูล และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)



หนังสือแสดงความยินยอม (Consent Form)
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562
สำหรับผู้ป่วยโอบุประโยชน์ ตามหนังสือแต่งตั้งผู้ป่วยโอบุประโยชน์
สภกรณออบุประโยชน์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด

วันที่.....

ข้าพเจ้า ผู้รับโอบุประโยชน์ ของ นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

ในฐานะทายาทสมาชิกหรือผู้ให้บริการจากสภกรณ “ให้” ความยินยอม “ไม่ให้” ความยินยอม

ในการให้สภกรณออบุประโยชน์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด จัดเก็บรวบรวม เปิดเผย หรือใช้ข้อมูลส่วนบุคคล
ของข้าพเจ้า ได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ชื่อ-นามสกุล, เลขบัตรประชาชน, ความสัมพันธ์,
ข้อมูลการแต่งตั้งผู้ป่วยโอบุประโยชน์ และข้อมูลตามเอกสาร หลักฐานประกอบอื่น ที่กำหนดไว้ในหนังสือผู้ป่วยโอบุ
ประโยชน์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการประกอบการแต่งตั้งผู้ป่วยโอบุประโยชน์ ตามระเบียบสภกรณฯ

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากประกาศ นโยบายความเป็นส่วนตัว ส่วนตัว
เอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่สภกรณฯ ถึง วัตถุประสงค์ ในการเก็บรวบรวม
ใช้หรือเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคล และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับ
หรือชักจูง และข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิ
ตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาาระหว่างข้าพเจ้ากับสภกรณออบุประโยชน์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด ที่ให้ประโยชน์แก่
ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้
ข้าพเจ้าอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดที่เกิดจาก ไม่ให้ความยินยอม
ในการเก็บรวบรวม เปิดเผย หรือใช้ข้อมูล และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบ
ต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)