



หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือนหรือเงินบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือน
เพื่อชำระเงินสงเคราะห์การฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานการฌาปนกิจสงเคราะห์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (ระบุหัวหน้าหน่วยงาน)

ข้าพเจ้า.....สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่/หมู่บ้าน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประชาชนเลขที่.....เป็นสมาชิก เลขทะเบียน

ยินยอมให้สำนักงานการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข หักเงินเดือนหรือเงินบำนาญหรือบำเหน็จ
รายเดือนของข้าพเจ้าและคู่สมรสบุตร/บิดา/มารดา (ถ้ามี) ซึ่งเป็นสมาชิกประเภทสมทบ หมายเลขทะเบียนสมาชิก
.....หมายเลขบัตรประชาชนเลขที่.....

เพื่อชำระเงินสงเคราะห์การฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือนหรือเงินบำนาญ หรือบำเหน็จรายเดือน เพื่อชำระเงินสงเคราะห์
การฌาปนกิจสงเคราะห์ของสำนักงานการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข จนกว่าข้าพเจ้าจะ
เพิกถอนความยินยอมในภายหลัง โดยจะต้องได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นหนังสือก่อน จึงจะเพิกถอนได้
ทั้งนี้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้าก่อน ในกรณีที่ข้าพเจ้าย้ายหน่วยงาน ข้าพเจ้า
ยินยอมให้หัวหน้าการเงินของหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดใหม่หักเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับ
จากหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดใหม่ เพื่อชำระเงินสงเคราะห์ให้สำนักงานการฌาปนกิจสงเคราะห์ของ
กระทรวงสาธารณสุขต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้รับเงินเดือน/เงินบำนาญ/เงินบำเหน็จรายเดือน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (ผู้แทนหน่วยงาน ผกส./
(.....) งานทะเบียนสำนักงาน ผกส.)

ลงชื่อ.....พยาน (หัวหน้าการเงิน)
(.....)

หมายเหตุ : แนบสำเนาใบประกาศสมาชิก ผกส.

ส่งเอกสาร หน่วยงานผู้แทน ผกส. (โทร 053 211048 ต่อ 206 - 208)

งานการเงินและบัญชี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

88/1 หมู่ 3 ต.ดอนแก้ว อ.แมริม จ.เชียงใหม่ 50180