



หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือนหรือเงินบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือน

สำนักงานการฌาปนกิจสงเคราะห์

เพื่อชำระเงินสงเคราะห์การฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน(ระบุหัวหน้าหน่วยงาน)

ข้าพเจ้า.....สังกัด

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

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

หมายเลขบัตรประชาชนเลขที่.....เป็นสมาชิก เลขทะเบียน

ยินยอมให้สำนักงานการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข หักเงินเดือนหรือเงินบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือนของข้าพเจ้าและคู่สมรสบุตร/บิดา/มารดา (ถ้ามี) ซึ่งเป็นสมาชิกประเภทสมทบ หมายเลขทะเบียนสมาชิก.....หมายเลขบัตรประชาชนเลขที่.....

เพื่อชำระเงินสงเคราะห์การฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือนหรือเงินบำนาญ หรือบำเหน็จรายเดือน เพื่อชำระเงินสงเคราะห์การฌาปนกิจสงเคราะห์ของสำนักงานการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข จนกว่าข้าพเจ้าจะเพิกถอนความยินยอมในภายหลังโดยจะต้องได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นหนังสือก่อน จึงจะเพิกถอนได้

ทั้งนี้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้าก่อน ในกรณีที่ข้าพเจ้าย้ายหน่วยงาน ข้าพเจ้ายินยอมให้หัวหน้าการเงินของหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดใหม่หักเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดใหม่ เพื่อชำระเงินสงเคราะห์ให้สำนักงานการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

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

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

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