



# สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุโขทัย จำกัด

Sukhothai Teacher Saving Co Operative Ltd.

118/2 ถนนจรดวิถีถ่อง อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย 64000

www.sktcoop.com FAX 0-5561-2319 โทรศัพท์ 0-5561-3049 , 0-5561-2431 สาขา 0-5564-3236

## ใบมอบฉันทะ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุโขทัย จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ทะเบียนสมาชิกเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบฉันทะให้.....ตำแหน่ง.....

ทะเบียนสมาชิกเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้รับเงินปันผล - เฉลี่ยคืน แทนข้าพเจ้า ในการจ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ให้กับผู้รับมอบฉันทะ ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบฉันทะ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

- หมายเหตุ :
1. บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ ตัวจริง ของผู้มอบและผู้รับมอบ
  2. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ ของผู้มอบและผู้รับมอบ
  3. หนังสือมอบฉันทะ