



สหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

The Thrift and Credit Cooperative of Department of Medical Sciences Limited

88/7 หมู่ที่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2951 0000 ต่อ 99183, 99184 โทร.0 2589 7195 , 0 2951 0094 โทรสาร 0 2589 7195

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินเพื่อการสงเคราะห์สมาชิก/สมาชิกสมทบ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....เลขทะเบียนสมาชิก.....

สังกัด.....โทรศัพท์ (มือถือ) เป็นสมาชิกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อยู่บ้านเลขที่.....

มีความประสงค์จะรับเงินสงเคราะห์

- ☐ 1. ผู้ประสบอุทกภัย
- ☐ 2. ผู้ประสบवादภัย
- ☐ 3. ผู้ประสบอัคคีภัย
- ☐ 4. ผู้ประสบธรณีพิบัติภัย

ข้าพเจ้าได้รับความเสียหาย ดังนี้.....

ความเสียหายรวมประมาณ.....บาท

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ชุด
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 2 ชุด
- ☐ หนังสือรับรองจากเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล หรืออำเภอ (สำนักงานเขต) ตามที่ระบุในทะเบียนบ้าน เรื่อง รับรองการประสบภัยจริง
- ☐ รูปถ่ายสถานที่ประสบภัยหรือ File รูปภาพ (อย่างน้อย 4 ภาพ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

หมายเหตุ สมาชิกและสมาชิกสมทบสามารถขอรับความช่วยเหลือกรณีประสบอุทกภัย वादภัย อัคคีภัย และธรณีพิบัติภัย รวมกันได้ไม่เกิน 6 ครั้ง ตลอดอายุการเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นคณะกรรมการ

ลงชื่อ

.....

.....

รองประธานกรรมการ

อนุกรรมการประเมินราคาหลักทรัพย์

กรรมการ