

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าอายุ.....ปี
เป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้อายุ.....ปี
เป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....
เกี่ยวพันเป็น บิดา มารดา บุตร สามเณร พี่น้อง
อื่นๆ (ระบุ).....

เป็นผู้มีอำนาจในการรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ความพิการ ผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้า โดย
โอนเงินเบี้ยยังชีพฯ เข้าบัญชีเงินฝากของผู้รับมอบอำนาจธนาคาร.....
สาขา.....เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้า
ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

๑. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๒. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๓. สำเนาบัญชีธนาคาร (ประเภทออมทรัพย์/เผื่อเรียก เท่านั้น) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง