

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย, นาง, นางสาว)..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

เป็นผู้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม จำนวน..... บาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นสมควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีทันตกรรม
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองไปแสดง
ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย (โปรดรับเงินก่อน 15.30 น.)

2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน 'ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

คำเตือน : ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง
ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคล
ที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือ
ทั้งจำทั้งปรับ