

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

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

เลขประจำตัวประชาชน.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

เป็นผู้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม จำนวน.....บาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติสั่งจ่าย

ค่าทันตกรรม จำนวน.....บาท

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....(ลงชื่อ).....

(.....) (.....)

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายค่าทันตกรรม

จำนวน.....บาท

(.....)

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....(ลงชื่อ).....

(.....) (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชน
ของตนเองไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย (โปรดรับเงินก่อน 15.30 น.)

2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร