

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สลิปเงินเดือนปัจจุบัน



รูปถ่าย¹
จำนวน 1 ใบ

ใบสมัครเป็นสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครราชสีมา จำกัด

เจียนที่(หน่วยงาน).....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครราชสีมา จำกัด

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน

 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน / ที่อยู่ปัจจุบัน(ติดต่อได้)

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... เปอร์โตรัสพทที่ติดต่อได้..... ได้ทราบถึงข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์นี้

โดยตลอดแล้ว เห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ จึงขอสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์และขอให้ถอยคำเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าเกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... สถานภาพปัจจุบัน

 โสด หม้าย สมรส ชื่อคู่สมรส (นาย/นาง).....

ชื่อบิดา..... ชื่อมารดา.....

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
 ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ในตำแหน่ง..... หน่วยงาน (พ.ร./สสอ./ศูนย์/พ.สต.)

..... สังกัดกระทรวง..... อำเภอ.....

จังหวัดนครราชสีมา ได้รับอัตราเงินเดือน/อัตราค่าจ้าง เดือนละ..... บาท เมื่อ มีการเปลี่ยนแปลงอัตรา
เงินเดือน/อัตราค่าจ้าง ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดแจ้งให้สหกรณ์ทราบเพื่อปรับฐานข้อมูล หรือข้าพเจ้าจะ
ดำเนินการแจ้งให้สหกรณ์ทราบด้วยตนเอง

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อื่น ที่มีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกในครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงในการส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์
ตามข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ ซึ่งไม่น้อยกว่าร้อยละ 6 ของเงินได้รายเดือน (หากมีเศษเกินสิบบาทปรับเป็นห้าสิบ
บาทและหากมีเศษเกินห้าสิบบาทปรับเป็นหนึ่งร้อยบาท) โดยส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนในอัตราเดือนละ..... บาท
(.....)ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า
เมื่อสหกรณ์แจ้งยอดส่งหักเงินค่าหุ้นหรือเงินงวดชำระหนี้(ถ้ามี) ของข้าพเจ้า โปรดหักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่ง
เป็นเงินค่าหุ้นรายเดือนและจำนวนเงินงวดชำระหนี้ (ถ้ามี) ต่อสหกรณ์ ต่อไปด้วยข้อ 6. ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกและสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการมีมติรับข้าพเจ้า
เป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นรายเดือนครึ่งแรกต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายใน
วันซึ่งคณะกรรมการดำเนินการได้กำหนดการชำระเงินจำนวนดังกล่าว ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตาม
ข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงในเรื่อง ชื่อ สัญชาติ และที่อยู่ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้สหกรณ์ทราบภายใน 15 วัน

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร

(.....)

คำรับรองจากเจ้าหน้าที่การเงินประจำหน่วยงาน

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....เป็น

- ข้าราชการ ตำแหน่ง.....ได้รับเงินเดือนจากคลัง.....
- ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....ได้รับเงินเดือนจากคลัง.....
- พนักงานราชการ ตำแหน่ง.....ได้รับอัตราค่าจ้างจาก.....
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง.....ได้รับอัตราค่าจ้างจาก.....
- ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ตำแหน่ง.....ได้รับอัตราค่าจ้างจาก.....

และสามารถทักษะเงินค่าหุ้นรายเดือนและเงินงวดชำระบนี้ (ถ้ามี) ส่งต่อสหกรณ์ได้

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นผู้อยู่ในบังคับบัญชา

ของข้าพเจ้า และข้อความที่ผู้สมัครและเจ้าหน้าที่การเงินได้แสดงไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....หัวหน้าหน่วยงานของผู้สมัคร

(.....)

ตรวจสอบถูกต้องแล้ว

เห็นสมควรรับเป็นสมาชิกได้

อนุมัติ

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

ผู้จัดการ

กรรมการ

ทะเบียนสมาชิก

ชื่อ..... อายุ..... ปี สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุม

คณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่..... ในการประชุมครั้งที่..... วันที่.....

ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และชำระค่าหุ้นตามข้อบังคับของสหกรณ์ วันที่.....

ข้าพเจ้า ยอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน

ลายมือชื่อสมาชิก

ลายมือชื่อพยาน.....

ลายมือชื่อพยาน.....

แบบสอบถามข้อมูลสมาชิกเพื่อพัฒนาระบบโปรแกรมงาน

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครราชสีมา จำกัด

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) (Mr./Mrs./MISS).....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - -

ทะเบียนสมาชิกเลขที่.....หน่วยงาน.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....โทรศัพท์.....

ย้ายไปช่วยราชการ/ไม่ตรง จ.18 (ให้ระบุ).....

ข้าราชการบำนาญ เกษียณ ลาออกจากราชการ โอนย้ายหน่วยงาน(ระบุหน่วยงานเดิม).....

วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) - - อายุ.....ปี

สถานภาพการสมรส โสด สมรส คู่สมรสซึ่ง.....

หมาย / หย่าร้าง แยกกันอยู่

บิดาชีวี.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่ เสียชีวิต

มารดาชีวี.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่ เสียชีวิต

จำนวนบุตร/ธิดา..... คน(ขอทราบเพื่อวางแผนการจัดสวัสดิการสำหรับสมาชิก)

- | | | |
|---------|------------------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> ทำงานแล้ว | <input type="checkbox"/> ศึกษาอยู่ระดับ..... |
| 2. | <input type="checkbox"/> ทำงานแล้ว | <input type="checkbox"/> ศึกษาอยู่ระดับ..... |
| 3. | <input type="checkbox"/> ทำงานแล้ว | <input type="checkbox"/> ศึกษาอยู่ระดับ..... |
| 4. | <input type="checkbox"/> ทำงานแล้ว | <input type="checkbox"/> ศึกษาอยู่ระดับ..... |
| 5. | <input type="checkbox"/> ทำงานแล้ว | <input type="checkbox"/> ศึกษาอยู่ระดับ..... |

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์(บ้าน).....

ที่อยู่ที่จัดส่งเอกสารหรือสามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail Address.....

หากสมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์

ขอความกรุณาแจ้งสหกรณ์โดยด่วนเพื่อประโยชน์ของท่าน

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขนครราชสีมา จำกัด
หนังสือแต่งตั้งผู้มีสิทธิรับเงินค่าหันและผลประโยชน์ต่าง ๆ

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขนครราชสีมา จำกัด
ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

เลขทะเบียนสมาชิก..... หน่วยงาน.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์(บ้าน)..... โทรศัพท์(ที่ทำงาน)..... โทรศัพท์มือถือ.....

ขอแสดงเจตนาเป็นหนังสือว่าเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม เงินค่าหันและผลประโยชน์ใดๆ ภายหลัง
จากหักหนี้สินต่าง ๆ ที่มิอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขนครราชสีมา จำกัด แล้ว ส่วนที่เหลือให้ดำเนินการจ่ายเงิน^{แก้ไข}
แก่ทายาทหรือผู้รับโอนประโยชน์ตามระบุข้างท้ายนี้ หากข้าพเจ้าไม่ได้แจ้งที่อยู่ของผู้มีสิทธิได้รับไว้ทางหากให้ถือว่า
ผู้มีสิทธิได้รับเงินค่าหันหรือผลประโยชน์ต่าง ๆ ใช้ที่อยู่เดิมกับข้าพเจ้า

1. เงินค่าหัน

ต้องเป็นทายาทโดยธรรม (คู่สมรส บุตร หรือ บิดา มารดา ของสมาชิก) เท่านั้น เว้นแต่สมาชิกไม่มีทายาท
โดยธรรมซึ่งจะเป็นบุคคลอื่นได้

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	เกี่ยวข้อง เป็น	อัตรา ส่วน	ที่อยู่

2. เงินฝาก

ลำดับ	ประเภท เงินฝาก	ชื่อ-นามสกุล	เกี่ยวข้อง เป็น	อัตรา ส่วน	หมายเหตุ

3. เงินผลประโยชน์ต่าง ๆ ได้แก่ เงินสวัสดิการต่าง ๆ เงินปันผลและเงินเฉียดคืน (ถ้ามี)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	เกี่ยวข้อง เป็น	อัตรา ส่วน	ที่อยู่

กรณีที่มีการแสดงเจตนาในหนังสือฉบับอื่นที่ทำไว้ก่อนหน้านี้ขึ้นหรือแย้งกับข้อความในหนังสือฉบับนี้
ให้ใช้ข้อความแสดงเจตนาในฉบับนี้แทน

ลงชื่อ.....
(.....) ผู้แสดงเจตนา

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....) พยาน

หมายเหตุ

1. สมาชิกต้องระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์ทั้ง 3 ข้อ
2. พยานจะต้องเป็นบุคคลบรรลุนิติภาวะและเป็นผู้ซึ่งไม่ได้รับผลประโยชน์จากหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้
3. หากภายหลังมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ หรือ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์(ที่ทำงาน) หรือ โทรศัพท์(บ้าน) โปรดแจ้งสำหรับโดยด่วนด้วย