



### คุณสมบัติสมาชิกสมทบ

1. ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. ได้รับค่าจ้างเป็นประจำรายเดือนในหน่วยงานด้านสุขภาพในจังหวัดตากและหน่วยงานยินยอมหักเงินที่พึงจ่ายแก่สมาชิกให้สหกรณ์
3. ถือหุ้นในสหกรณ์ฯ เป็นรายเดือนทุกเดือน ตั้งแต่ 300 บาท ขึ้นไป และไม่เกิน 7,000 บาท

### คำรับรองของสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด  
เลขทะเบียนที่.....สังกัด.....

ขอรับรองว่าข้อความที่ผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครมีคุณสมบัติ  
ถูกต้องตามที่กล่าวไว้ในข้อบังคับฯ สมควรเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)ตัวบรรจง

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด  
เลขทะเบียนที่.....สังกัด.....

ขอรับรองว่าข้อความที่ผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครมีคุณสมบัติ  
ถูกต้องตามที่กล่าวไว้ในข้อบังคับฯ สมควรเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)ตัวบรรจง



หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์จาก  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด  
เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....ขอแสดงเจตนาตั้งรับผู้โอน  
ประโยชน์ซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด โดยหนังสือนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึง  
แก่กรรมในระหว่างเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ นี้ ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินค่าหุ้น เงินฝาก หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะ  
ได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด ให้แก่บุคคล รวม.....คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. นาย/นาง/น.ส. ....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่  
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ให้มีสิทธิ์ได้รับ.....

2. นาย/นาง/น.ส. ....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่  
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ให้มีสิทธิ์ได้รับ.....

3. นาย/นาง/น.ส. ....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่  
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ให้มีสิทธิ์ได้รับ.....

4. นาย/นาง/น.ส. ....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่  
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ให้มีสิทธิ์ได้รับ.....

2/5. นาย/นาง/น.ส.

5. นาย/นาง/น.ส. ....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่  
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ให้มีสิทธิได้รับ.....

ลงชื่อ.....ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

เจ้าหน้าที่การเงินประจำหน่วยงาน

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ประธานกรรมการ/ผู้ได้รับมอบหมาย

- หมายเหตุ
1. เมื่อสมาชิกถึงแก่กรรมสหกรณ์จะทำการหักเงินที่สมาชิกพึงได้ไว้เพื่อชำระหนี้ส่วนที่สมาชิกมีพันธะอยู่กับสหกรณ์ทั้งหมดก่อน ถ้ามีเงินเหลือหลังจากหักชำระหนี้แล้วเท่าใด สหกรณ์จะจ่ายให้แก่ทายาทหรือผู้รับประโยชน์ตามที่สมาชิกระบุไว้เท่านั้น
  2. ให้ทำหนังสือตั้งรับโอนประโยชน์ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด
  3. ผู้ลงชื่อเป็นพยานต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ ประธานกรรมการ กรรมการ เจ้าหน้าที่ของสหกรณ์
  4. การเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับเงินในภายหลัง ให้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับใหม่มาเปลี่ยน