

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
3. หน้าที่บัญชีธนาคารกรุงไทย 1 ฉบับ
4. หนังสือรับรองการทำงาน 1 ฉบับ
5. หนังสือยินยอมรับผลประโยชน์ 1 ฉบับ



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด

-----//-----

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

[illegible]

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

เลขที่บัญชี ธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ เลขที่.....

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับสหกรณ์ฯ โดยตลอดแล้วและเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ฯ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ฯ และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน ดังนี้

1. ข้าพเจ้าเป็น ☐ พนักงานราชการ ☐ ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ☐ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ตำแหน่ง.....ตัวปฏิบัติงานอยู่ที่.....อำเภอ.....จังหวัดตาก

เริ่มปฏิบัติงานครั้งแรกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ปัจจุบันปฏิบัติงานตามสัญญาจ้างเลขที่.....ลงวันที่.....

2. หน่วยงานที่จ่ายเงินเดือน.....อัตราเงินเดือน.....บาท

3. ข้าพเจ้า ขอแสดงความจำนงส่งเงิน ค่าหุ้นรายเดือน ต่อสหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท

(ไม่น้อยกว่า 300 บาท และไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน)

4. ข้าพเจ้า มิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืม

5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบสหกรณ์ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือนและจำนวนเงินงวดชำระหนี้ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์ จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อจ่ายต่อสหกรณ์ ด้วย

6. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ฯ ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบและเมื่อได้จดทะเบียนขึ้นแล้ว ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับของสหกรณ์ให้เสร็จในวันที่ ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการกำหนดการชำระเงิน ดังกล่าวนี้อย่างเคร่งครัด

7. เมื่อข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบสหกรณ์ ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อ 5. ข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์
ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้ เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ฯ

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

นพ.สสจ.ตาก/ผอ.รพท./ผอ.รพช./สสอ.

คุณสมบัติสมาชิกสมทบ

1. ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. ได้รับค่าจ้างเป็นประจำรายเดือนในหน่วยงานด้านสุขภาพในจังหวัดตากและหน่วยงานยินยอมหักเงินที่พึงจ่ายแก่สมาชิกให้สหกรณ์
3. ถือหุ้นในสหกรณ์ฯ เป็นรายเดือนทุกเดือน ตั้งแต่ 300 บาท ขึ้นไป และไม่เกิน 5,000 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.....

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

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

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

กรรมการประจำหน่วย

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ประธานกรรมการ/ผู้ได้รับมอบหมาย

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