



ใบสมัครเป็นสมาชิกสมทบ ก.
 สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์
 ทะเบียนสมาชิก.....
 วันที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

คำนำหน้าภาษาอังกฤษ Mr. Mrs. Miss

ชื่อภาษาอังกฤษ

ชื่อสกุลภาษาอังกฤษ

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

สถานภาพ โสด หม้าย หย่า

สมรส คู่สมรสชื่อ.....สมาชิกเลขที่.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

Line ID :

E-mail :

- กรู๊ปเลือด A
 AB
 B
 O

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์จึงขอสมัครเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้า มีอายุ.....ปี (เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.)

ข้อ 2. ปัจจุบันข้าพเจ้า ไม่ได้เป็นสมาชิกสหกรณ์อื่น

เคยเป็นสมาชิก และลาออกเมื่อวันที่.....

ข้อ 3. ข้าพเจ้า เป็นบุตร/บิดา/มารดา/คู่สมรส ของสมาชิกสหกรณ์ฯ

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

ถ้าข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ ในอัตราเดือนละ 200.- บาท

ข้อ 4. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืม

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบ ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินส่งเป็นค่าหุ้นรายเดือนและเงินงวดชำระหนี้(ถ้ามี) ส่งต่อสหกรณ์ต่อไปด้วย

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่าถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกสมทบ ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันที่ ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระจำนวนเงินดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามความในข้อ 5 ด้วย

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบจะปฏิบัติตามข้อบังคับ,ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ และถ้าข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงในเรื่อง ชื่อ ชื่อสกุล และที่อยู่ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้สหกรณ์ทราบภายใน 15 วัน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คำรับรอง

1. ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด สสจ.สระบุรี / รพ. / สสอ.จังหวัดสระบุรี

ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า ข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้เป็นความจริง
ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

2. ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด สสจ.สระบุรี / รพ. / สสอ.จังหวัดสระบุรี

ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า ข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้เป็นความจริง
ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

(ผู้รับรอง คือ สมาชิกสหกรณ์)

ข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด

หมวด 6 สมาชิกสมทบ

ข้อ 49. คุณสมบัติของสมาชิกสมทบ สมาชิกสมทบต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- (1) เป็นผู้เห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์
- (2) เป็นบุคคลธรรมดาและบรรลุนิติภาวะ ที่ขาดคุณสมบัติตามข้อ 32
- (3) ก. เป็นบุตรที่บรรลุนิติภาวะ บิดา มารดา หรือ สามี ภรรยา ของสมาชิก

ข. เป็นลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขหรือ
ที่เรียกอย่างอื่นที่จ้างเป็นรายเดือน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสระบุรี

- (4) เป็นผู้มีความประพฤติดีงาม
- (5) เป็นผู้ที่จะปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ มติ และคำสั่งของสหกรณ์
- (6) มิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์ออมทรัพย์อื่นที่มีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน



ทะเบียนเลขที่.....
วันที่.....

หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... มือถือ.....

ข้าพเจ้าขอตั้งบุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้รับโอนประโยชน์ใน เงินทุนเรือนหุ้น เงินฝากทุกประเภท เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน เงินสวัสดิการ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
1	ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% เป็นผู้จัดการศพ	บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
2	ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%	บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
3	ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%	บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
4	ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%	บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
5	ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%	บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
6	ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%	บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
7	ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%	บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
โดยมีเงื่อนไข		
.....		
.....		

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการกำหนดตั้งผู้รับ โอนประโยชน์ของข้าพเจ้าได้กระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้า
มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....สมาชิกผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

วันที่รับ.....

ตรวจสอบเอกสารของ นาย/นาง/นางสาวปรากฏ ดังนี้

ครบ ถูกต้อง

ไม่ครบ ระบุ.....

ตรวจสอบคุณสมบัติตามข้อบังคับ

หมวด 6 ข้อ 49. (สมาชิกสมทบ) และสมควรเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ได้

ไม่มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ

- ตรวจสอบรายชื่อกับ ปปง. เรียบร้อยแล้ว

.....

(นางสาววิศรา โภธิแสง)

วันที่.....

การพิจารณา

มติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการชุดที่.....ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....

มีมติเป็นอนุมัติให้เป็นสมาชิกสมทบ ตามข้อบังคับหมวด 6 ข้อ 49.

.....

(นางณัฐกานต์ วงษ์จันทร์งาม)

ผู้จัดการ

วันที่.....

การสมัครสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด

ประเภทสมทบ ก. (บุตร 20 ปีขึ้นไป, บิดา/มารดา/คู่สมรส ไม่จำกัดอายุ) ของสมาชิกสามัญ

ให้ยื่นใบสมัคร ภายในวันที่ 20 ของทุกเดือน

เอกสารที่แนบเพิ่มเติม

- สำหรับผู้สมัครเป็นบุตรของสมาชิกสามัญ
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร (ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา) จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร (ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา) จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาน้ำสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยของผู้สมัคร เพื่อรับเงินปันผลประจำปี (ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา) จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประโยชน์ (ผู้รับโอนประโยชน์เซ็นรับรองสำเนา) จำนวน 1 ฉบับ
- สำหรับผู้สมัครเป็นบิดา/มารดาของสมาชิกสามัญ
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร (ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา) จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกสามัญ (ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา) จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาน้ำสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยของผู้สมัคร เพื่อรับเงินปันผลประจำปี (ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา) จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประโยชน์ (ผู้รับโอนประโยชน์เซ็นรับรองสำเนา) จำนวน 1 ฉบับ
- สำหรับผู้สมัครเป็นคู่สมรสของสมาชิกสามัญ
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร (ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา) จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาใบสำคัญการสมรสของผู้สมัคร (ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา) จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาน้ำสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยของผู้สมัคร เพื่อรับเงินปันผลประจำปี (ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา) จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประโยชน์ (ผู้รับโอนประโยชน์เซ็นรับรองสำเนา) จำนวน 1 ฉบับ

เกณฑ์การหักค่าหุ้น ดังนี้

- ค่าสมัครแรกเข้า 100.- บาท
- ค่าหุ้นรายเดือน เดือนละ 200.- บาท

**ผู้สมัครท่านใดประสงค์จะหักเงินค่าหุ้นและหนี้เงินกู้ผ่านบัญชีธนาคาร ให้ยื่นเรื่อง แบบแจ้งความจ้างหักบัญชีเงินฝาก