



ใบสมัครเป็นสมาชิกสมทบ ข.
 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 และขอให้ถือคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

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

ข้อ 2. ปัจจุบันข้าพเจ้า ไม่ได้เป็นสมาชิกสหกรณ์อื่น

เคยเป็นสมาชิก และลาออกเมื่อวันที่.....

ข้อ 3. ข้าพเจ้าเป็น ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง

อื่นๆ ระบุ.....วันที่บรรจุ.....ในตำแหน่ง.....

ปัจจุบันได้รับเงินเดือน..... บาท

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกสมทบ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ตามระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วย หุ้น (มูลค่าหุ้นละ 10 บาท) ในอัตราเดือนละ.....บาท

ข้อ 5. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืม

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบ ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินส่งเป็นค่าหุ้นรายเดือนและเงินงวดชำระหนี้(ถ้ามี)ส่งต่อสหกรณ์ต่อไปด้วย

ข้อ 7. ข้าพเจ้าสัญญาว่าถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกสมทบ ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันที่ ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระจำนวนเงินดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามความในข้อ 5 ด้วย

ข้อ 8. 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.....

ใบสมัครสมาชิกสมทบ ข.

ชื่อ.....สังกัด สสจ.สระบุรี / รพ. / สสอ.

<p>สำหรับเจ้าหน้าที่การเงินหน่วยงานต้นสังกัด หน่วยงานของสมาชิก</p>	
<p><input type="checkbox"/> พนักงานกระทรวง</p> <p><input type="checkbox"/> พนักงานราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง..... (เจ้าหน้าที่การเงินหน่วยงานที่สังกัด)</p>	

การสมัครสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด
ประเภทสมทบ ข. (พกส., พนักงานราชการ, ลูกจ้างชั่วคราว)

รับสมัครไม่จำกัดอายุ

ให้ยื่นใบสมัคร ภายในวันที่ 20 ของทุกเดือน

เอกสารที่แนบเพิ่ม

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร จำนวน 1 ฉบับ
(ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา)
- สำเนาน้ำสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยของผู้สมัคร เพื่อรับเงินปันผลประจำปี จำนวน 1 ฉบับ
(ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประโยชน์ จำนวน 1 ฉบับ
(ผู้รับ โอนประโยชน์เซ็นรับรองสำเนา)
- สำเนาใบรับรองการจ่ายเงินเดือนจากหน่วยงานต้นสังกัด (สลิปเงินเดือน) จำนวน 1 ฉบับ
(ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา)

อัตราเงินค่าหุ้นแรกเข้า ตามเกณฑ์เงินรายได้รายเดือน

เงินรายได้รายเดือน (บาท)	จำนวนเงินถือหุ้นรายเดือน (บาท)	เงินรายได้รายเดือน (บาท)	จำนวนเงินถือหุ้นรายเดือน (บาท)
ไม่เกิน 5,000	200	16,001-18,000	750
5,001-6,000	250	18,001-20,000	850
6,001-7,000	300	20,001-22,000	1,000
7,001-8,000	350	22,001-24,000	1,100
8,001-9,000	400	24,001-26,000	1,200
9,001-10,000	450	26,001-28,000	1,300
10,001-12,000	550	28,001-30,000	1,400
12,001-14,000	600	30,001 ขึ้นไป	1,500
14,001-16,000	650		

**ค่าสมัครแรกเข้า 100.- บาท

***ผู้สมัครท่านใดประสงค์จะหักเงินค่าหุ้นและหนี้เงินกู้ผ่านบัญชีธนาคาร ให้ยื่นเรื่อง แบบแจ้งความจำนงหักบัญชีเงินฝาก