



ใบสมัครเป็นสมาชิกสมทบ ก.
สภกรณ์อ้อมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด

สำหรับเจ้าหน้าที่สภกรณ์
ทะเบียนสมาชิก.....
วันที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสภกรณ์อ้อมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี 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 :

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์จึงขอสมัครเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

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

ข้อ 2. ปัจจุบันข้าพเจ้า ☐ ไม่ได้เป็นสมาชิกสหกรณ์อื่น

☐ เคยเป็นสมาชิก และลาออกเมื่อวันที่.....

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามีอาชีพ.....(กรณีธุรกิจส่วนตัวเกี่ยวกับ.....)

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

รายได้.....บาทต่อเดือน

ข้อ 4. ข้าพเจ้า เป็นบุตร/บิดา/มารดา/คู่สมรส ของสมาชิกสหกรณ์ฯ

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

สังกัด สสจ.สระบุรี / รพ. / สสอ.จังหวัดสระบุรี

ถ้าข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ ในอัตราเดือนละ.....บาท

ข้อ 5. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืม

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบ ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินส่งเป็นค่าหุ้นรายเดือนและเงินงวดชำระหนี้(ถ้ามี)

ส่งต่อสหกรณ์ต่อไปด้วย

ข้อ 7. ข้าพเจ้าสัญญาว่าถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกสมทบ ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันที่ ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระจำนวนเงินดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามความในข้อ 4. 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		

ข้าพเจ้าขอตั้งผู้รับโอนประโยชน์โดยหนังสือฉบับนี้ และให้ยกเลิกหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับก่อนหน้านี้ (ถ้ามี) ในการยกเลิกหนังสือฉบับก่อนหน้านี้นี้จะสมบูรณ์ ก็ต่อเมื่อหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ลงลายมือชื่อ ข้าพเจ้าและเจ้าหน้าที่สหกรณ์ ผู้มีอำนาจเท่านั้น ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายประโยชน์อันพึงได้รับของข้าพเจ้าเมื่อข้าพเจ้า ถึงแก่กรรม ทั้งนี้ให้หักหนี้ที่มีต่อสหกรณ์ก่อนแล้ว

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการกำหนดตั้งผู้รับโอนประโยชน์ของข้าพเจ้าได้กระทำให้ขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้า 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 โพธิแสง)

วันที่.....

การพิจารณา

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

มีมติเป็นอนุมัติให้เป็นสมาชิกสมทบ ตามข้อบังคับหมวด 6 ข้อ 49.

.....

(นางณัฏฐกานต์ วงษ์จันทร์งาม)

ผู้จัดการ

วันที่.....

หนังสือแสดงความยินยอม (Consent Form)
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี
ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด (“สหกรณ์”) ในการ เก็บรวบรวม /
ใช้ / เปิดเผยให้ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ / กรรมการดำเนินการ / ผู้ตรวจสอบกิจการ / ผู้สอบบัญชี / และหน่วยงาน
ราชการที่กำกับดูแล เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า มีสาระสำคัญดังนี้

1. ข้อมูลของผู้สมัครสมาชิก และผู้รับผลประโยชน์ ของงานธุรการและสวัสดิการ
☐ “ให้” ความยินยอม ☐ “ไม่ให้” ความยินยอม
2. ข้อมูลสมาชิกผู้กู้ / คู่สมรสผู้กู้ / ผู้ค้ำประกัน / คู่สมรสผู้ค้ำประกัน ของงานสินเชื่อและกฎหมาย
☐ “ให้” ความยินยอม ☐ “ไม่ให้” ความยินยอม
3. ข้อมูลสมาชิก ของงานการเงิน
☐ “ให้” ความยินยอม ☐ “ไม่ให้” ความยินยอม
4. ข้อมูลสมาชิก ของงานบัญชี
☐ “ให้” ความยินยอม ☐ “ไม่ให้” ความยินยอม
5. รูปถ่าย ที่ใช้ในระบบโปรแกรมสหกรณ์ รวมไปถึงภาพถ่ายบนสำเนาเอกสารต่างๆ
☐ “ให้” ความยินยอม ☐ “ไม่ให้” ความยินยอม
6. ข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ที่อาจมีการจัดเก็บเพิ่มเติม เพื่อการตรวจสอบ และเพื่อการปฏิบัติให้เป็นไป

ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ☐ “ให้” ความยินยอม ☐ “ไม่ให้” ความยินยอม

ทั้งนี้เพื่อ การสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ การถือหุ้นรายเดือน การทำธุรกรรมฝากเงิน การขอเงินกู้ การ
เข้าค้ำประกันเงินกู้ และการขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก ต่างๆ

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดเกี่ยวกับหนังสือนี้ และได้รับคำอธิบายจาก
สหกรณ์ ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า
และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการ
บังคับหรือชักจูง และสหกรณ์ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้
เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับสหกรณ์ ที่เป็นประโยชน์กับ
ข้าพเจ้าและสหกรณ์ รวมถึงการฟ้องร้องดำเนินคดี

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้
ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติในการทำธุรกรรมการเงินต่าง ๆ กับสหกรณ์ รวมถึงอาจได้รับความสะดวกในการรับ
สวัสดิการสงเคราะห์ต่าง ๆ น้อยลง และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อ
ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด
แบบสอบถามเพิ่มเติมเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว)

ที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	ท่านเป็นบุคคลที่มีสถานภาพทางการเมืองในประเทศหรือในองค์การระหว่างประเทศ หรือเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของบุคคลดังกล่าว		
2	ท่าน ไม่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศ		
3	ท่านมีอาชีพเสริม หรือ ประกอบธุรกิจที่มีการรับเงินสดเป็นจำนวนมาก		
4	ท่านได้มาซึ่งเงินสด หรือประกอบธุรกิจที่มีการซื้อ ขาย หรือ แลกเปลี่ยนสินค้าที่มีราคาสูง โดยไม่มีแหล่งที่มาของเงินสด หรือสินค้าอย่างชัดเจน		
5	ท่านมิได้ประกอบธุรกิจ แต่ดำเนินกิจกรรมเป็นผลให้ได้มาซึ่งเงินสด หรือทรัพย์สิน โดยไม่มีแหล่งที่มาอย่างชัดเจน		
6	ท่านมีถิ่นที่อยู่ในว่าชั่วคราวหรือถาวร หรือมีแหล่งที่มาของรายได้ หรือทำธุรกรรมในพื้นที่หรือประเทศดังต่อไปนี้หรือไม่ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี /สาธารณรัฐอิสลามอิหร่าน / สาธารณรัฐแอลเบเนีย / บาร์เบโดส /สาธารณรัฐบูร์กินาฟาโซ /ราชอาณาจักรกัมพูชา /หมู่เกาะเคย์แมน /ฮิรอลตาร์ /สาธารณรัฐเฮติ /จาเมกา /ราชอาณาจักรฮังการี /จอร์แดน /สาธารณรัฐมาลี/ราชอาณาจักรโมร็อกโก/สหภาพพม่า/สาธารณรัฐนิการากัว/สาธารณรัฐอิสลามปากีสถาน/สาธารณรัฐปานามา/สาธารณรัฐฟิลิปปินส์/สาธารณรัฐเชเนกัล/สาธารณรัฐชูดานใต้/สาธารณรัฐอาหรับซีเรีย/สาธารณรัฐคูเวต/สาธารณรัฐยูกันดา/สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์/สาธารณรัฐเยเมน		
7	ท่านมีถิ่นที่อยู่ในว่าชั่วคราวหรือถาวร หรือมีแหล่งที่มาของรายได้ หรือทำธุรกรรมในพื้นที่หรือเขตท้องที่ที่อยู่ภายใต้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้		

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

เกณฑ์การหักค่าหุ้น ดังนี้

- ค่าสมัครแรกเข้า 100.- บาท
- ค่าหุ้นรายเดือน ไม่ต่ำกว่า 200.- บาท แต่ไม่เกิน 1,500.- บาท
- เพิ่มหรือลดหุ้นได้ ปีบัญชีละ 1 ครั้ง (ลดได้ไม่ต่ำกว่า 200.- บาท และเพิ่มค่าหุ้นได้ไม่เกิน 1,500.- บาท)

ผู้สมัครท่านใดประสงค์จะหักเงินค่าหุ้นและหนี้เงินกู้ผ่านบัญชีธนาคาร ให้ยื่นเรื่อง แบบแจ้งความจำนงค์กับบัญชีเงินฝาก

การเขียนข้อมูลในใบสมัคร ห้ามมีน้ำยาลบคำผิดหรือรอยย้ำ หากมีการเขียนผิดให้เขียนใหม่พร้อมเซ็นชื่อ-สกุลกำกับ