



## ใบสมัครเป็นสมาชิกสมาคม ก.

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

เป็นที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสะบูรี จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

คำนำหน้าภาษาอังกฤษ  Mr.  Mrs.  Miss

ສອນກາພ  ໂສດ  ມໍາຍ  ນ່າງ

สมรส ก่อสมรสก็ได้..... หมายความว่าได้

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

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

โทรศัพท์..... มือถือ.....

Line ID :

.....

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์จึงขอสมัครเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบูรี จำกัด และขอให้ถือคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

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

ข้อ 2. ปัจจุบันข้าพเจ้า  ไม่ได้เป็นสมาชิกสหกรณ์อื่น

เคยเป็นสมาชิก และลาออกจากเมื่อวันที่.....

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

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

รายได้.....บาทต่อเดือน

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

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

สังกัด สสจ.สระบูรี / รพ. / สสอ. ..... จังหวัดสระบูรี

ถ้าข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ ในอัตราเดือนละ.....บาท

ข้อ 5. ข้าพเจ้า ไม่ได้ เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืม

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้า ได้ เป็นสมาชิกสมทบ ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินส่งเป็นค่าหุ้นรายเดือนและเงินวงวดชำระหนี้(ถ้ามี) ส่งต่อสหกรณ์ต่อไปด้วย

ข้อ 7. ข้าพเจ้าสัญญาว่าถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบ ได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกสมทบ ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันที่ ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระจำนวนเงินดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามความในข้อ 4. ด้วย

ข้อ 8. ถ้าข้าพเจ้า ได้ เป็นสมาชิกสมทบจะปฏิบัติตามข้อบังคับ, ระเบียบ และดิบของสหกรณ์ทุกประการ และถ้าข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงในเรื่อง ชื่อ ชื่อสกุล และที่อยู่ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้สหกรณ์ทราบภายใน 15 วัน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

## คำรับรอง

1. ข้าพเจ้า..... สามาชิกเลขที่.....

สังกัด สสจ.สระบุรี / รพ. / สสอ. .... จังหวัดสระบุรี

ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า ข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริง ทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้รับรอง

(.....)

2. ข้าพเจ้า..... สามาชิกเลขที่.....

สังกัด สสจ.สระบุรี / รพ. / สสอ. .... จังหวัดสระบุรี

ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า ข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริง ทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้รับรอง

(.....)

(ผู้รับรอง คือ สามาชิกสหกรณ์)

### ข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด

#### หมวด 6 สามาชิกสมทบ

ข้อ 49. คุณสมบัติของสามาชิกสมทบ สามาชิกสมทบท้องมีคุณสมบัติดังนี้

- (1) เป็นผู้เห็นชอบในวัดถูประ拯救ค์ของสหกรณ์
- (2) เป็นบุคคลธรรมดาก่อนบรรลุนิติภาวะ ที่ขาดคุณสมบัติตามข้อ 32
- (3) ก. เป็นบุตรที่บรรลุนิติภาวะ บิดา แมรดา หรือ สามี ภรรยา ของสามาชิก

ข. เป็นลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขหรือ ที่เรียกอย่างอื่นที่ข้างเป็นรายเดือน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสระบุรี

- (4) เป็นผู้มีความประพฤติดีงาม
- (5) เป็นผู้ที่จะปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ นิติ และคำสั่งของสหกรณ์
- (6) มิได้เป็นสามาชิกในสหกรณ์ออมทรัพย์อื่นที่มีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน





ทะเบียนเลขที่.....  
วันที่.....

### หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ.....

ข้าพเจ้าขอตั้งบุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้รับโอนประโยชน์ใน เงินทุนเรือนหุ้น เงินฝากทุกประเภท เงินปันผล เงินเคลื่อนที่ เงินสวัสดิการ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขสรະนารี 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..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า <sup>*</sup> สัดส่วน.....%	บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
6	ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า <sup>*</sup> สัดส่วน.....%	บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
7	ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า <sup>*</sup> สัดส่วน.....%	บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไข .....  
.....  
.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการกำหนดตั้งผู้รับโอนประโภช์ของข้าพเจ้าได้กระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้า  
มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... สามาชิกผู้แสดงเจตนา  
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน      ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)      (.....)

## สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

วันที่รับ.....

ตรวจสอบเอกสารของ นาย/นาง/นางสาว ..... ปรากฏ ดังนี้

ครบ ถูกต้อง

ไม่ครบ ระบุ.....

ตรวจสอบคุณสมบัติตามข้อบังคับ

หมวด 6 ข้อ 49. (สมาชิกสมทบ) และสมควรเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ได้

ไม่มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ

- ตรวจสอบรายชื่อกับ ปปง. เรียบร้อยแล้ว

(นางสาววิศรา โพธิ์แสง)

วันที่.....

## การพิจารณา

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

มติเป็นอนุมติให้เป็นสมาชิกสมทบ ตามข้อบังคับหมวด 6 ข้อ 49.

(นางณัฐรากานต์ วงศ์จันทร์งาม)

ผู้จัดการ

วันที่.....



# การสมัครสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสรบูรี จำกัด

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

ให้ยื่นใบสมัคร ภายในวันที่ 20 ของทุกเดือน

## เอกสารที่แนบเพิ่มเติม

### 1. สำหรับผู้สมัครเป็นบุตรของสมาชิกสามัญ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร<sup>จำนวน 1 ฉบับ</sup>  
(ผู้สมัครเขียนรับรองสำเนา)
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร<sup>จำนวน 1 ฉบับ</sup>  
(ผู้สมัครเขียนรับรองสำเนา)
3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยของผู้สมัคร เพื่อรับเงินบันลือประจำปี<sup>จำนวน 1 ฉบับ</sup>  
(ผู้สมัครเขียนรับรองสำเนา)
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประจำปี<sup>จำนวน 1 ฉบับ</sup>  
(ผู้รับโอนประจำปีเขียนรับรองสำเนา)

### 2. สำหรับผู้สมัครเป็นบิดา/มารดาของสมาชิกสามัญ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร<sup>จำนวน 1 ฉบับ</sup>  
(ผู้สมัครเขียนรับรองสำเนา)
2. สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกสามัญ<sup>จำนวน 1 ฉบับ</sup>  
(ผู้สมัครเขียนรับรองสำเนา)
3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยของผู้สมัคร เพื่อรับเงินบันลือประจำปี<sup>จำนวน 1 ฉบับ</sup>  
(ผู้สมัครเขียนรับรองสำเนา)
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประจำปี<sup>จำนวน 1 ฉบับ</sup>  
(ผู้รับโอนประจำปีเขียนรับรองสำเนา)

### 3. สำหรับผู้สมัครเป็นคู่สมรสของสมาชิกสามัญ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร<sup>จำนวน 1 ฉบับ</sup>  
(ผู้สมัครเขียนรับรองสำเนา)
2. สำเนาใบสำคัญการสมรสของผู้สมัคร<sup>จำนวน 1 ฉบับ</sup>  
(ผู้สมัครเขียนรับรองสำเนา)
3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยของผู้สมัคร เพื่อรับเงินบันลือประจำปี<sup>จำนวน 1 ฉบับ</sup>  
(ผู้สมัครเขียนรับรองสำเนา)
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประจำปี<sup>จำนวน 1 ฉบับ</sup>  
(ผู้รับโอนประจำปีเขียนรับรองสำเนา)

### เกณฑ์การหักค่าหุ้น ดังนี้

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

\*\*ผู้สมัครท่านใดประสงค์จะหักเงินค่าหุ้นและหนี้เงินกู้ผ่านบัญชีธนาคาร ให้ยื่นเรื่อง แบบแจ้งความจำนงหักบัญชีเงินฝาก



หนังสือแสดงความยินยอม (Consent Form)  
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี  
ขอทำหนังสือฉบับนี้ให้ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด ("สหกรณ์") ในการ เก็บรวบรวม /  
ใช้ / เปิดเผยให้ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ / กรรมการดำเนินการ / ผู้ตรวจสอบกิจการ / ผู้สอบบัญชี / และหน่วยงาน  
ราชการที่กำกับดูแล เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า มีสาระสำคัญดังนี้

1. ข้อมูลของผู้สมัครสมาชิก และผู้รับผลประโยชน์ ของงานธุรการและสวัสดิการ
  - "ให้" ความยินยอม  "ไม่ให้" ความยินยอม
2. ข้อมูลสมาชิกผู้ถูก / คู่สมรสผู้ถูก / 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 และเพื่อการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
  - "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  
บังคับหรือซักจุ่ง และสหกรณ์ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้  
เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรืออย่างมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับสหกรณ์ ที่เป็นประโยชน์กับ  
ข้าพเจ้าและสหกรณ์ รวมถึงการฟ้องร้องดำเนินคดี

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่าการถอนความยินยอมจะมีผลทำให้  
ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติในการทำธุรกรรมการเงินต่าง ๆ กับสหกรณ์ รวมถึงอาจได้รับความสะดวกในการรับ  
สวัสดิการสงเคราะห์ต่าง ๆ น้อยลง และข้าพเจ้าทราบว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทำต่อการ  
ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)



**สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขสระบุรี จำกัด**  
**แบบสอบถามเพิ่มเติมเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน**

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) .....

ที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	ท่านเป็นบุคคลที่มีสถานภาพทางการเมืองในประเทศไทยหรือในองค์กรระหว่างประเทศ หรือเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของบุคคลดังกล่าว		
2	ท่านไม่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย		
3	ท่านมีอาชีพเสริม หรือ ประกอบธุรกิจที่มีการรับเงินสดเป็นจำนวนมาก		
4	ท่านได้มาซื้อเงินสด หรือประกอบธุรกิจที่มีการซื้อขาย หรือ แลกเปลี่ยนสินค้าที่มีราคาสูง โดยไม่มีแหล่งที่มาของเงินสด หรือสินค้าอย่างชัดเจน		
5	ท่านมิได้ประกอบธุรกิจ แต่ดำเนินกิจกรรมเป็นผลให้ได้มาซื้อเงินสด หรือ ทรัพย์สินโดยไม่มีแหล่งที่มาอย่างชัดเจน		
6	ท่านมีถิ่นที่อยู่ไม่ว่าชั่วคราวหรือถาวร หรือมีแหล่งที่มาของรายได้ หรือทำธุรกิจในพื้นที่หรือประเทศดังต่อไปนี้หรือไม่ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว / สาธารณรัฐอิسلامอิหร่าน / สาธารณรัฐแอลเบเนีย / บาร์เบโดส / สาธารณรัฐนอร์กินياฟ้าโฉ / ราชอาณาจักรกัมพูชา / หมู่เกาะเคล์แมน / อิบรอลตาร์ / สาธารณรัฐเซเชลส์ / จาเมก้า / ราชอาณาจักรซัมไคร์เดน / สาธารณรัฐมาเลีย/ ราชอาณาจักรโมร็อกโก/ หนองพม่า/ สาธารณรัฐนิการากัว/ สาธารณรัฐอิسلامปากีสถาน/ สาธารณรัฐปานามา/ สาธารณรัฐฟิลิปปินส์/ สาธารณรัฐเซเนกัล/ สาธารณรัฐชูดานใต้/ สาธารณรัฐอาหรับซีเรีย/ สาธารณรัฐตุรกี/ สาธารณรัฐยูกันดา/ สาธารณรัฐอุรuguay/ สาธารณรัฐเยเมน		
7	ท่านมีถิ่นที่อยู่ไม่ว่าชั่วคราวหรือถาวร หรือมีแหล่งที่มาของรายได้ หรือ ทำธุรกิจในพื้นที่หรือเขตท้องที่ที่อยู่ภายใต้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้		