



ใบสมัครเป็นสมาชิกสมทบ ข.  
สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี จำกัด

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

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสระบุรี 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. ข้าพเจ้าเป็น  ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน  พนักงานราชการ  พนักงานกระทรวง  
 อื่นๆ ระบุ.....วันที่บรรจุ ..... ในตำแหน่ง.....  
ปัจจุบันได้รับเงินเดือน..... บาท

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

ข้อ 5. ข้าพเจ้ามีได้เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืม

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..... เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% เป็นผู้จัดการศพ	บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
2	ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%	บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
3	ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%	บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
4	ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องกับ.....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  
(.....)

ใบสมัครสมาชิกสมทบ ข.

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

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงินหน่วยงานต้นสังกัด หน่วยงานของสมาชิก	
<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>	



## 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 โปธิแสง)

วันที่.....

## การพิจารณา

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

มีมติเป็นอนุมัติให้เป็นสมาชิกสมทบ ตามข้อบังคับหมวด 6 ข้อ 49.

.....

(นางณัฐกานต์ วงษ์จันทร์งาม)

ผู้จัดการ

วันที่.....



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

รับสมัครไม่จำกัดอายุ

ให้ยื่นใบสมัคร ภายในวันที่ 20 ของทุกเดือน

เอกสารที่แนบเพิ่ม

- |   |              |
|---|--------------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร<br>(ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา)                                 | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยของผู้สมัคร เพื่อรับเงินปันผลประจำปี<br>(ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประโยชน์<br>(ผู้รับโอนประโยชน์เซ็นรับรองสำเนา)               | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. สำเนาใบรับรองการจ่ายเงินเดือนจากหน่วยงานต้นสังกัด (สลิปเงินเดือน)<br>(ผู้สมัครเซ็นรับรองสำเนา)   | 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 แบบแจ้งความจ้างหักบัญชีเงินฝาก



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  
บังคับหรือขู่ข่ม 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	ท่านไม่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศ		
3	ท่านมีอาชีพเสริม หรือ ประกอบธุรกิจที่มีการรับเงินสดเป็นจำนวนมาก		
4	ท่านได้มาซึ่งเงินสด หรือประกอบธุรกิจที่มีการซื้อ ขาย หรือ แลกเปลี่ยนสินค้าที่มีราคาสูง โดยไม่มีแหล่งที่มาของเงินสด หรือสินค้าอย่างชัดเจน		
5	ท่านมิได้ประกอบธุรกิจ แต่ดำเนินกิจกรรมเป็นผลให้ได้มาซึ่งเงินสด หรือทรัพย์สิน โดยไม่มีแหล่งที่มาอย่างชัดเจน		
6	ท่านมีถิ่นที่อยู่ในไม่ว่าชั่วคราวหรือถาวร หรือมีแหล่งที่มาของรายได้ หรือทำธุรกรรมในพื้นที่หรือประเทศดังต่อไปนี้หรือไม่ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี / สาธารณรัฐอิสลามอิหร่าน / สาธารณรัฐแอลเบเนีย / บาร์เบโดส / สาธารณรัฐบูร์กินาฟาโซ / ราชอาณาจักรกัมพูชา / หมู่เกาะเคย์แมน / ยิบรอลตาร์ / สาธารณรัฐเฮติ / จาเมกา / ราชอาณาจักรฮังการี / ติมอร์-เลสเต / สาธารณรัฐมาลี / ราชอาณาจักรโมร็อกโก / สหภาพพม่า / สาธารณรัฐนิการากัว / สาธารณรัฐอิสลามปากีสถาน / สาธารณรัฐปานามา / สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ / สาธารณรัฐเซเนกัล / สาธารณรัฐซูดานใต้ / สาธารณรัฐอาหรับซีเรีย / สาธารณรัฐตุรกี / สาธารณรัฐยูกันดา / สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ / สาธารณรัฐเยเมน		
7	ท่านมีถิ่นที่อยู่ในไม่ว่าชั่วคราวหรือถาวร หรือมีแหล่งที่มาของรายได้ หรือทำธุรกรรมในพื้นที่หรือเขตท้องที่ที่อยู่ภายใต้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้		