



เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
- 3. หน้าที่บัญชี ธ.กรุงไทย 1 ฉบับ
- 4. หนังสือรับรองการทำงาน 1 ฉบับ

ใบสมัครสมาชิกสมทบ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด

-----/----/-----

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน

□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เลขที่บัญชีธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์  สาขาตาก  สาขาแม่สอด  สาขา..... เลขที่.....

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับสหกรณ์ฯ โดยตลอดแล้วและเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน ดังนี้

1. ข้าพเจ้า เป็น  พนักงานราชการ  ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน  พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง.....ตัวปฏิบัติงานอยู่ที่.....อำเภอ.....จังหวัดตาก เริ่มปฏิบัติงานครั้งแรกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ปัจจุบันปฏิบัติงานตามสัญญาจ้างเลขที่.....ลงวันที่.....

2. หน่วยงานที่จ่ายเงินเดือน.....อัตราเงินเดือน.....บาท เลขที่เงินเดือน.....(ถ้ามี)

3. ข้าพเจ้า ขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตราเดือนละ .....บาท (ไม่น้อยกว่า 300 บาท และ ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน)

4. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืม

5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบสหกรณ์ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า หักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือนและจำนวนเงินงวดชำระหนี้ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์ จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อจ่ายต่อสหกรณ์ ด้วย

6. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ฯ ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบและเมื่อได้จดทะเบียนขึ้นแล้ว ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับของสหกรณ์ ให้เสร็จภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการกำหนดการชำระเงิน ดังกล่าวนี้

7. เมื่อข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบสหกรณ์ ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตาม ข้อ 5./ ข้อบังคับ/ระเบียบ และมติของสหกรณ์

ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร  
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความซึ่งผู้สมัคร ได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ฯ

ลงชื่อ.....  
(.....)

นพ.สสจ. / ผอ.รพท./ ผอ.รพช. สสอ.

## คุณสมบัติสมาชิกสมทบ

สมาชิกสมทบแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1. เป็นพนักงานราชการ ทุกสายงาน พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นสายวิชาชีพหรือลูกจ้างชั่วคราวที่เป็นสายวิชาชีพ ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

ประเภทที่ 2. เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขหรือลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนที่เป็นสายสนับสนุนหรืออื่นๆ ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี

โดยได้รับค่าจ้างเป็นประจำรายเดือนในหน่วยงานด้านสุขภาพในจังหวัดตากและหน่วยงานยินยอมหักเงินที่พึงจ่ายแก่สมาชิกให้สหกรณ์

---

## คำรับรองของสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด  
เลขทะเบียนที่.....สังกัด.....

ขอรับรองว่าข้อความที่ผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครมีคุณสมบัติถูกต้องตามที่กล่าวไว้ในข้อบังคับฯ สมควรเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)ตัวบรรจง

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด  
เลขทะเบียนที่.....สังกัด.....

ขอรับรองว่าข้อความที่ผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครมีคุณสมบัติถูกต้องตามที่กล่าวไว้ในข้อบังคับฯ สมควรเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)ตัวบรรจง



หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์จาก  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด  
เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....ขอแสดงเจตนาตั้งรับผู้โอน  
ประโยชน์ซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด โดยหนังสือนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึง  
แก่กรรมในระหว่างเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ นี้ ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินค่าหุ้น เงินฝาก หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะ  
ได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด ให้แก่บุคคล รวม.....คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. นาย/นาง/น.ส. ....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่  
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ให้มีสิทธิ์ได้รับ.....

2. นาย/นาง/น.ส. ....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่  
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ให้มีสิทธิ์ได้รับ.....

3. นาย/นาง/น.ส. ....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่  
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ให้มีสิทธิ์ได้รับ.....

4. นาย/นาง/น.ส. ....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่  
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ให้มีสิทธิ์ได้รับ.....

5. นาย/นาง/น.ส. ....ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่  
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ให้มีสิทธิได้รับ.....

ลงชื่อ.....ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

กรรมการประจำหน่วย

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ประธานกรรมการ/ผู้ได้รับมอบหมาย

- หมายเหตุ
1. เมื่อสมาชิกถึงแก่กรรมสหกรณ์จะทำการหักเงินที่สมาชิกพึงได้ไว้เพื่อชำระหนี้ส่วนที่สมาชิกมีพันธะอยู่กับสหกรณ์ทั้งหมดก่อน ถ้ามีเงินเหลือหลังจากหักชำระหนี้แล้วเท่าใด สหกรณ์จะจ่ายให้แก่ทายาทหรือผู้รับประโยชน์ตามที่สมาชิกระบุไว้เท่านั้น
  2. ให้ทำหนังสือตั้งรับโอนประโยชน์ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด
  3. ผู้ลงชื่อเป็นพยานต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ ประธานกรรมการ กรรมการ เจ้าหน้าที่ของสหกรณ์
  4. การเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับเงินในภายหลัง ให้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับใหม่มาเปลี่ยน