

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เรียน ประธานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด

ข้าพเจ้า _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี
อยู่บ้านเลขที่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัดภูเก็ต
โทรศัพท์ _____ ได้ทราบข้อความในระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต
จำกัด แล้ว มีความประสงค์ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด โดยขอให้
ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน
2. ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นเป็นรายเดือนในอัตราเดือนละ _____ หุ้น (มูลค่าหุ้นละ 10 บาท)
เป็นเงิน _____ บาท (_____) (ถือหุ้นรายเดือนอย่างน้อย 50 หุ้นต่อเดือน)
3. หากข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ จะปฏิบัติตามข้อบังคับ, ระเบียบ และมติของ สหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด ทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้สมัคร
(_____)

คำรับรองของสมาชิกสามัญ

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____ สังกัด _____

และ ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____ สังกัด _____

ขอรับรองว่า ข้อความที่แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ เห็นสมควรรับเป็นสมาชิกของ สหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด ได้

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา

ลงชื่อ _____ ผู้รับรอง
(_____)

ลงชื่อ _____ ผู้รับรอง
(_____)

| | |
|--------------------------|--|
| เอกสารประกอบการสมัคร | ในกรณีเป็นญาติสายตรงของสมาชิกสามัญให้แนบเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ |
| 1. สำเนาบัตรประชาชน | 1. สำเนาบัตรประชาชน สมาชิกสามัญ |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน | 2. สำเนาทะเบียนบ้านสมาชิกสามัญ |
| 3. สลิปเงินเดือน (ถ้ามี) | 3. สลิปเงินเดือนสมาชิกสามัญ |

หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระสหกรณ์ออมทรัพย์ของสมาชิกสมทบ

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี ปัจจุบันอยู่
บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รัฐบาลสังกัด _____
ตำแหน่ง _____ เป็นสมาชิกสามัญสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด
เลขทะเบียนสมาชิก _____ มีความประสงค์ให้ส่วนราชการหักเงินของข้าพเจ้าแทน _____
ส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์ จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด ดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หักเงินเดือน ค่าจ้าง หรือเงินบำนาญที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทาง
ราชการตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2. กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และได้รับบำเหน็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้
จ่ายเงินหักเงินจากเงินบำเหน็จที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด
แจ้งและส่งเงินจำนวนนั้นให้ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ หรือเงินบำเหน็จ ไม่ว่ากรณีใด เมื่อได้หักชำระหนี้แก่ทาง
ราชการแล้ว (ถ้ามี) ยินยอมให้หักเงินส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อ 4. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอม
ทั้งหมดหรือบางส่วนเว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือ
นี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) _____

(_____)

ใบขอแต่งตั้งผู้ได้รับผลประโยชน์กรณีถึงแก่กรรม

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เรื่อง ขอแต่งตั้งผู้ได้รับผลประโยชน์กรณีถึงแก่กรรม

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด

ด้วย ข้าพเจ้า _____ สมาชิกสหกรณ์ประเภท _____

เลขทะเบียน _____ มีความประสงค์ขอแต่งตั้งผู้ได้รับผลประโยชน์ ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ดังนี้

1. _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

ที่อยู่ _____ โทร _____ โดยมีสัดส่วนร้อยละ _____ (_____)

2. _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

ที่อยู่ _____ โทร _____ โดยมีสัดส่วนร้อยละ _____ (_____)

3. _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

ที่อยู่ _____ โทร _____ โดยมีสัดส่วนร้อยละ _____ (_____)

4. _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

ที่อยู่ _____ โทร _____ โดยมีสัดส่วนร้อยละ _____ (_____)

5. _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

ที่อยู่ _____ โทร _____ โดยมีสัดส่วนร้อยละ _____ (_____)

โปรดพิจารณาจัดทำทะเบียนผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ ให้ตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วยตั้งแต่วันที่ _____ เป็นต้นไป ขณะทำใบขอแต่งตั้งผู้ได้รับผลประโยชน์กรณีถึงแก่กรรมฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) _____

(_____)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือข้างบนนี้เป็นของ _____

ซึ่งเป็นสมาชิกของสหกรณ์นี้จริง

(ลงชื่อ) _____ พยาน

(_____)

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด ประเภท _____ เลขทะเบียน _____

(ลงชื่อ) _____ พยาน

(_____)

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด ประเภท _____ เลขทะเบียน _____

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด

ทะเบียนสมาชิก

ชื่อ _____ อายุ _____ ปี สมาชิกเลขทะเบียนที่ _____

รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ในการประชุมชุดที่ _____ ครั้งที่ _____

วันที่ _____ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรก วันที่ _____

ข้าพเจ้าขอมอบพันธันในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของสหกรณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อให้

ไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน ณ วันที่ _____

ลายมือชื่อสมาชิก X _____

ลายมือชื่อพยาน _____

ลายมือชื่อพยาน _____

รายการตำแหน่งและสังกัด

| วันที่ | ตำแหน่ง / สังกัด | หมายเหตุ | ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ |
|------------|------------------|----------|-----------------------|
| ขณะแรกเข้า | | | |
| | | | |

รายการเงินได้และเงินค่าหุ้นรายเดือน

| วันที่ | เงินได้รายเดือนรวมทั้ง เงินอุดหนุน (บาท) | เฉพาะเงินอุดหนุน (บาท) | เงินค่าหุ้น รายเดือน | หมายเหตุ | ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ |
|------------|---|---------------------------|-------------------------|----------|-----------------------|
| ขณะแรกเข้า | | | | | |
| | | | | | |

รายการตำบลที่อยู่

| รับแจ้งวันที่ | ตำบลที่อยู่ | หมายเหตุ | ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ |
|---------------|-------------|----------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |

การออกจากสหกรณ์

ออกจากสหกรณ์เพราะเหตุ _____ ตั้งแต่วันที่ _____

มติคณะกรรมการดำเนินการในการประชุมชุดที่ _____ ครั้งที่ _____ วันที่ _____

สหกรณ์แจ้งให้ทราบตามหนังสือที่ _____ วันที่ _____

ลายมือชื่อเลขานุการ _____

กรุณาลงลายมือชื่อบริเวณเครื่องหมาย X ด้านบนด้วยนะคะ