



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกใหม่

ข้าราชการ

เลขทะเบียน.....

ลูกจ้างประจำ

พนักงานราชการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

46/53-54 ถ.ศรีโสธรตัดใหม่ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000

โทร. 0-3851-6731 , 0-96974-3218

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....ได้รับทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบ

ในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ฯ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน

ดังต่อไปนี้ :-

ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี (เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

ข้อ 2. ข้าพเจ้าทำงานประจำตำแหน่ง.....แผนก.....

สังกัด.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

บรรจุเมื่อ.....หน่วยงาน.....

ปัจจุบันได้รับเงินได้รายเดือน เดือนละ.....บาท

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกในชั้นนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อ

สหกรณ์ฯ ในอัตราเดือนละ.....บาท (มูลค่าหุ้นละ 10 บาท)

หมายเหตุ การส่งค่าหุ้นรายเดือนอย่างน้อยต้องเป็นไปตามอัตราที่กำหนดไว้ในระเบียบสหกรณ์ฯ แต่ถ้าจะ

แสดงความจำนงสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ ก็ย่อมเป็นการดี

ข้อ 5. ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมด ซึ่งข้าพเจ้ามีดังต่อไปนี้ (แสดงข้อความละเอียด

ของแต่ละรายการ คือ ชื่อและสำนักของเจ้าหนี้ วันเป็นหนี้ จำนวนหนี้สินตั้งแต่แรก อัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อ

ปี หลักประกันที่ให้ไว้ จำนวนต้นเงินคงเหลือ จำนวนดอกเบี้ยค้างชำระ และเป็นหนี้สินเพื่อการใด ให้ครบ

ทุกราย)

(1).....

(2).....

หมายเหตุ เอกสารแนบพร้อมใบสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง

2. สำเนาทะเบียนบ้าน บ.กรุงเทพฯ สาขาในจังหวัดฉะเชิงเทรา

3. หนังสือรับรองเงินเดือนพร้อมเจ้าหน้าที่การเงินเซ็นรับรอง

4. สำเนาใบหย่า / ใบเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล/คำนำหน้า (หากมี)

-2- / ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้า...

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอม และให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ฯ โปรดหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือนและจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์ฯ นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่ายเพื่อส่งต่อสหกรณ์ฯ ด้วย

ข้อ 7. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ฯ ตกกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้จดทะเบียนสหกรณ์ฯ นี้ขึ้นแล้ว ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ฯ ให้เสร็จภายในวันที่.....ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดชำระเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและขอให้ปฏิบัติตามความในข้อ 6. ด้วย

ข้อ 8. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของสหกรณ์ฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้สมัคร

หนังสือให้ความยินยอมของสามี/ภริยาของสมาชิกสหกรณ์ฯ
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ยินยอมให้
นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....
ซึ่งเป็นสามี/ภริยา ของข้าพเจ้าทำนิติกรรมอันเป็นการจัดการสินสมรสของข้าพเจ้าและคู่สมรส กับสหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด ทั้งนี้ ได้ทำไว้แล้ว และหรือที่จะทำขึ้นในวันหนึ่งวันใดภาย
หน้าได้ตลอดไป จนกว่าข้าพเจ้าจะบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์ฯ

ลงชื่อ สามี/ภริยา
(.....) ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ พยานและผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อ พยานและผู้รับรอง
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้าและตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความ ซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ และสมควรเป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ ได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับรอง

สำหรับกรรมการสหกรณ์ฯ

ความเห็นของกรรมการสหกรณ์ฯ

เสนอ เห็นควรอนุมัติให้ผู้สมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

ความเห็นของประธานกรรมการสหกรณ์ฯ

เสนอ เห็นควรอนุมัติให้ผู้สมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....รับราชการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ตำแหน่ง.....และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัด

ฉะเชิงเทรา จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... มีความประสงค์ให้ส่วนราชการหักเงิน และส่งให้

สหกรณ์ฯ ที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ดังนี้ :-

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หักเงินเดือน ค่าจ้าง หรือเงินบำนาญที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจาก
ทางราชการตามจำนวนที่สหกรณ์ฯ แจ้ง ในแต่ละเดือนและส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณี
ให้สหกรณ์ฯ แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2. กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็น ข้าราชการ/ลูกจ้าง และได้รับบำเหน็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้
เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงินจากเงินบำเหน็จที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ฯ แจ้ง
และส่งเงินจำนวนนั้นให้สหกรณ์ฯ แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง บำนาญ หรือเงินบำเหน็จ ไม่ว่าจะกรณีใด เมื่อได้หักชำระหนี้แก่
ทางราชการแล้ว (ถ้ามี) ยินยอมให้หักเงินส่งให้สหกรณ์ฯ ก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อ 4. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้
คำยินยอมทั้งหมดหรือบางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ฯ

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและ
ถ้อยคำในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็น
หลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา จำกัด

หนังสือแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.).....สมาชิกเลขที่.....

เริ่มหักค่าหุ้นรายเดือนเมื่อ.....วัน / เดือน / ปีเกิด.....กรุปเลือด.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ตำแหน่ง.....สังกัด.....บรรจุเมื่อ.....

ขอแสดงเจตนารมณ์ว่า “ผู้รับผลประโยชน์” เพื่อรับเงินค่าหุ้น, เงินฝาก, เงินเฉลี่ยคืน, ดอกเบี้ย, เงินปันผล และผลประโยชน์อื่นใดตามสิทธิที่ข้าพเจ้าควรจะได้รับจากสหกรณ์ฯ แทนข้าพเจ้า ในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้า ประสงค์ให้จ่ายเงินสหกรณ์ฯ ที่ได้รับจากสหกรณ์ฯ ดังต่อไปนี้

- ชำระเงินกู้ หนี้สินข้อผูกพัน หรือความเสียหายที่ก่อให้เกิดแก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา จำกัด ทั้งจำนวน หากมีเงินเหลือให้จัดสรรกับบุคคลดังต่อไปนี้
- เงินส่วนที่เหลือจากการชำระหนี้ตามข้อ 1. ให้จัดสรรแก่บุคคลดังต่อไปนี้

2.1 ชื่อ - สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ให้ได้รับร้อยละ.....ของเงินที่เหลืออยู่

2.2 ชื่อ - สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ให้ได้รับร้อยละ.....ของเงินที่เหลืออยู่

2.3 ชื่อ - สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ให้ได้รับร้อยละ.....ของเงินที่เหลืออยู่

ถ้าผู้รับผลประโยชน์คนใดถึงแก่กรรม ให้นำส่วนแบ่งผลประโยชน์ของบุคคลนั้น จัดสรรให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ที่ยังคงมีชีวิตอยู่ตามสัดส่วนของผลประโยชน์ที่แต่ละคนจะได้รับ

ลงชื่อ ผู้แสดงเจตนา (สมาชิก)
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา จำกัด

ลงชื่อ..... /คณะกรรมการผู้มีอำนาจลงนาม

วันที่.....