

- หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิก
1. สำเนาบัตรประชาชน/ทะเบียนบ้าน(ผู้สมัคร)
  2. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย
  3. สำเนาบัตรประชาชน/ทะเบียนบ้าน(ผู้รับโอนประโยชน์)



เลขที่สมาชิก.....

## ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....  
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....  
 หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่สะดวกติดต่อ.....  
 บัญชีธนาคารกรุงไทย ( จังหวัดมุกดาหาร ).....ได้รับทราบข้อความ  
 ในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว เห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ฯ จึงสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ  
 ของสหกรณ์และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

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

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น  พนักงานราชการ  ลูกจ้างชั่วคราว/รายวัน (สังกัด สสจ./สสอ./ รพ.สต. )  
 ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำที่สังกัด หน่วยงาน สสจ.มท. สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
 ตำแหน่ง.....ค่าจ้างรายเดือน.....บาท โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

ข้อ 3. ข้าพเจ้าเป็น  บิดา  มารดา  คู่สมรส  บุตรตามกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะ ของสมาชิก  
 สามัญ (นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....  
 สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตำแหน่ง.....  
 ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

ข้อ 4. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการกักเงิน

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ใน  
 อัตราเดือนละ.....บาท ( มูลค่าหุ้นละ 10 บาท ) อัตราการออมอย่างต่ำต้องเป็นไปตามอัตราซึ่ง  
 กำหนดไว้ในหนังสือชี้ชวน แต่ถ้าจะแสดงความจำนงสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ก็ได้ หุ้นแรกเข้าครั้งแรกไม่ต่ำกว่า  
 1,000.-บาท

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ และเมื่อได้  
 ลงทะเบียนเป็นสมาชิกสหกรณ์นี้แล้ว ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า  
 และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ ให้เสร็จภายในวันที่สิ้นเดือนที่คณะกรรมการดำเนินการได้กำหนดชำระ  
 จำนวนเงินดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 7 ด้วย

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของสหกรณ์ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

## คำรับรองของผู้บังคับบัญชาและสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

( ลงชื่อ ).....

(.....)

ผู้บังคับบัญชา

( ลงชื่อ ).....

(.....)

ผู้รับรอง ( สมาชิกสามัญ )

( ลงชื่อ ).....

(.....)

ผู้รับรอง ( สมาชิกสามัญ )

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความซึ่งผู้สมัครที่แสดงไว้ข้างบนนี้เป็นจริงทุกประการ และเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตามข้อบังคับสหกรณ์ทุกประการ สมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์

เลขที่

ประเภทสมาชิก

สามัญ

สมทบ

### ทะเบียนสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ประเภทสหกรณ์ออมทรัพย์ สำนักงานเลขที่...-.....หมู่.....-.....ถนนวิวิธสุรการ

ตำบล/แขวง มุกดาหาร อำเภอ/เขต เมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร 49000

โทร 042-633587 , 0885578567 โทรสาร 042-633587

ข้าพเจ้า.....

วัน / เดือน / ปีเกิด ..... สัญชาติ..... เพศ  ชาย  หญิง

สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่า  อื่นๆ .....

เลขประจำตัวประชาชน ----

อาชีพ  ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ  ลูกจ้างประจำ  อื่น ๆ .....

ตำแหน่ง..... ได้รับเงินเดือน / ค่าจ้าง เดือนละ.....บาท

สถานที่ทำงาน..... เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน..... มือถือ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ..... เลขที่..... หมู่ที่.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

มือถือ.....

วันที่เข้าเป็นสมาชิก.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....

(.....)



แบบหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ซึ่งเป็นผู้ถือ.....เลขที่.....

ซึ่งออกให้ ณ .....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์ที่บ้าน.....มือถือ.....

ภายใต้ข้อบังคับแห่งระเบียบที่เกี่ยวข้องของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด โดยหนังสือ

ฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาว่าในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ข้าพเจ้าขอตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์และสิทธิประโยชน์ที่ข้าพเจ้าพึงมีจาก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ได้แก่

- ค่าหุ้น เงินรับฝาก เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน และดอกเบี้ย ตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด
- เงินประกันชีวิตกลุ่ม
- เงินทุนสาธารณสุขเพื่อสงเคราะห์ศพสมาชิกตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด เพื่อสงเคราะห์สมาชิก

ให้แก่ผู้มีรายชื่อข้างท้ายต่อไปนี้

1.ชื่อ - สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....(ของข้าพเจ้า)

ให้ได้รับสัดส่วน.....(%) เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

/2.ชื่อ-สกุล....

2. ชื่อ - สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....(ของข้าพเจ้า)  
ให้ได้รับสัดส่วน.....(%) เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....  
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

3. ชื่อ - สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....(ของข้าพเจ้า)  
ให้ได้รับสัดส่วน.....(%) เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....  
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เพื่อเป็นหลักฐาน ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา  
(.....)

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

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

### **บันทึกการเปลี่ยนแปลง**

ข้าพเจ้าขอยกเลิกแบบหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ โดยแสดงเจตนาใหม่ตามแบบหนังสือ  
แต่งตั้ง

ผู้รับโอนประโยชน์ ลงวันที่.....ซึ่งให้.....  
เป็นผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์และสิทธิประโยชน์เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา/ผู้รับมอบฉันทะ  
(.....)

- หมายเหตุ :** 1. ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงให้ทำหนังสือขึ้นใหม่แทนฉบับเดิมและให้แนบฉบับเดิมไว้ด้วย  
2. การขูดลบ ขีดฆ่า หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในแบบหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ให้  
ลงลายมือชื่อกำกับไว้ด้วย