

เลขที่สมาชิก.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญ
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

หลักฐานประกอบการสมัคร

- 1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ทะเบียนบ้านผู้สมัคร
- 2 สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย
- 3 หนังสือรับรองจากหน่วยงานต้นสังกัด
- 4 สลิปเงินเดือน / อื่นๆ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....ปัจจุบันปฏิบัติงาน ☐ โรงพยาบาล.....

☐ รพ.สต..... ☐ สาธารณสุขอำเภอ.....

☐ อบจ. กอง..... ☐ อื่นๆ.....

เลขที่ธนาคาร ☐ กรุงไทย สาขา..... เลขที่บัญชี.....

ที่อยู่ปัจจุบันบ้าน.....เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ข้าพเจ้า ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว

เห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ ฯ จึงสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน

ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าอายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น

☐ ข้าราชการ ในสังกัด ☐ สสจ. ☐ อบจ..... ☐ รพ.

ตำแหน่ง.....เงินเดือน.....บาท

บรรจุงานเมื่อ.....

☐ ลูกจ้าง ☐ พกส. / ☐ พรก. ในสังกัด รพ.....

ตำแหน่ง.....เงินเดือน.....บาท

บรรจุงานเมื่อ.....

☐ ลูกจ้างรายเดือน ในสังกัด รพ.

ตำแหน่ง.....เงินเดือน.....บาท

บรรจุงานเมื่อ.....

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการกักเงิน

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อ
สหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท (มูลค่าหุ้นละ 10.-บาท) อัตราการออมอย่างต่ำต้องเป็นไปตาม
อัตราซึ่งกำหนดไว้ในระเบียบฯ หุ้นแรกเข้าครั้งแรกต้องชำระไม่ต่ำกว่า 500 บาท และจ่ายค่าธรรมเนียมแรกเข้า
100 บาท

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

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของสหกรณ์ทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้สมัคร

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาและสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้รับรอง (สมาชิก)

(ลงชื่อ)

(.....)

คณะกรรมการ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความซึ่งผู้สมัครที่แสดงไว้ข้างบนนี้เป็นจริงทุกประการ และเป็นผู้มีคุณสมบัติ
ครบถ้วนถูกต้องตามข้อบังคับสหกรณ์ทุกประการ สมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์



เลขที่

ประเภทสมาชิก

☐ สามัญ

☐ สมทบ

ทะเบียนสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ประเภทสหกรณ์ออมทรัพย์ สำนักงานเลขที่.....หมู่.....ถนนวิจิตรสุการ

ตำบล/ แขวง มุกดาหาร อำเภอ / เขต เมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร 49000

โทร/โทรสาร 042-633587

ข้าพเจ้า.....

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

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ อื่นๆ

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อาชีพ ☐ ข้าราชการ / ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ ลูกจ้างรายเดือน ☐ อื่นๆ.....

สังกัด ☐ สสจ. ☐ อบจ. ☐ ร.พ..... อื่นๆ.....

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

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

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

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....มือถือ.....

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

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

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

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

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

วันที่เข้าเป็นสมาชิก.....

กรณีสมัครเป็นสมาชิกสมทบ ประเภท ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส

สมาชิกสามัญคือ (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขที่สมาชิก.....สังกัดหน่วย.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....

(.....)

หมายเหตุ ผู้สมัครโปรดถ่ายสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาใบขับขี่

พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาจำนวน 1 ชุด

เอกสารแนบ

1. สำเนาบัตรประชาชน(สมาชิก)
2. สำเนาบัตรประชาชน(ผู้รับโอนประโยชน์)



เลขที่สมาชิก.....

แบบหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ซึ่งเป็นผู้อยู่.....เลขที่.....

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

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

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

ภายใต้ข้อบังคับแห่งระเบียบที่เกี่ยวข้องของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาว่าในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ข้าพเจ้าขอตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์และสิทธิประโยชน์ที่ข้าพเจ้าพึงมีจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ได้แก่

- ค่าหุ้น เงินรับฝาก เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน และดอกเบี้ย ตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด
- เงินประกันชีวิตกลุ่ม
- เงินทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสงเคราะห์ศพสมาชิกตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร 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.....

4.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
แต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ ลงวันที่.....ซึ่งให้.....
เป็นผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์และสิทธิประโยชน์เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

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

- หมายเหตุ : 1. ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงให้ทำหนังสือขึ้นใหม่แทนฉบับเดิมและให้แนบฉบับเดิมไว้ด้วย
2. การขูดลบ ชีดฆ่า หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในแบบหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ให้
ลงลายมือชื่อกำกับไว้ด้วย



หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงิน
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....
จังหวัด.....รับราชการสังกัด.....ตำแหน่ง.....และเป็นสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....มีความประสงค์ให้ส่วนราชการ /
หน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่หักเงิน และนำส่งเงินให้สหกรณ์ออมทรัพย์ที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก จึงมีหนังสือให้ความยินยอม
ฉบับนี้ไว้กับ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ดังนี้

ข้อ ๑. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หักเงินเดือน ค่าจ้าง หรือเงินบำนาญ หรือเงินบำเหน็จ หรือเงินอื่นใด
ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ หรือหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่ ทั้งปัจจุบัน อนาคต ตามจำนวนที่สหกรณ์
ออมทรัพย์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ได้แจ้งให้ ในแต่ละเดือนและส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือ
เงินอื่นแล้วแต่กรณีให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ ๒. กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้างและได้รับบำเหน็จ บำนาญหรือเงินอื่นใด ข้าพเจ้ายินยอม
ให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินของส่วนราชการหรือหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่ หักเงินจากเงินบำเหน็จ หรือเงินบำนาญหรือเงิน
อื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามข้อ ๑. ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ได้
แจ้งและให้ส่งเงินจำนวนดังกล่าวนี้ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกครั้ง

ข้อ ๓. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ หรือบำเหน็จ หรือเงินอื่นใด ไม่ว่ากรณีใดตามข้อ ๒. เมื่อได้หัก
ชำระหนี้แก่ทางราชการแล้ว(ถ้ามี) ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวส่งชำระหนี้ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดมุกดาหาร จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อ ๔. หนังสือยินยอมให้หักเงินตามข้อ ๓. นี้ ให้มีผลตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไปและข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอน
การให้คำยินยอมนี้ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน จนกว่าข้าพเจ้าจะได้นอกจากการเป็นสมาชิกของสหกรณ์หรือพ้นภาระหนี้สิน
ที่ข้าพเจ้ามีต่อสหกรณ์ เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้อ ๕. ในกรณีที่ข้าพเจ้าต้องเปลี่ยนแปลงส่วนราชการที่สังกัด โดยโอนไปสังกัดส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินของส่วนราชการ หรือหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใดแห่งหนึ่งที่ข้าพเจ้าโอนไปสังกัดมีอำนาจหักเงินเดือน ค่าจ้าง หรือเงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิจะได้รับจากทางราชการ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แล้วแต่กรณี เพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด แทนข้าพเจ้าได้ทุกเดือน และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะถือปฏิบัติตามคำยินยอมในหนังสือฉบับนี้ทุกประการ เพียงแต่สหกรณ์ได้มีหนังสือแจ้งให้ส่วนราชการหรือให้หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่เพื่อดำเนินการดังกล่าวข้างต้นแทนข้าพเจ้าก็เป็นการเพียงพอแล้ว

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

หนังสือนี้ทำขึ้น ๓ ฉบับ มีข้อความตรงกัน ฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่ เจ้าหน้าที่การเงิน ฉบับที่สองเก็บไว้กับข้าพเจ้า และฉบับที่สามให้ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)