

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....

เลขที่ธนาคารกรุงไทย (จังหวัดมุกดาหาร)เลขประจำตัวประชาชน

.....ที่อยู่บ้าน.....เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทร.....

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว เห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ฯ จึงสมัคร
เข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

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

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างซึ่งได้เงินเดือนประจำ สังกัด (สจ. / สสอ. / รพ.)

.....ตำแหน่ง.....ได้รับเงินเดือนและเงินเพิ่ม
จ่ายควบกับเงินเดือน.....บาท (.....)

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการกู้ยืมเงิน

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์
ในอัตราเดือนละ.....บาท (มูลค่าหุ้นละ 10.-บาท) อัตราการออมอย่างต่ำต้องเป็นไปตามอัตรา
ซึ่งกำหนดไว้ในหนังสือชี้ชวน แต่ถ้าจะแสดงความจำนงสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ก็ได้

ข้อ 5. ข้าพเจ้าขอแถมรายการหนี้สินทั้งหมดซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ ดังต่อไปนี้ (แสดงข้อความรายละเอียด
ของแต่ละราย คือชื่อและสำนักงานของเจ้าหนี้ วันที่เป็นหนี้ จำนวนหนี้ตั้งแต่แรก อัตราดอกเบี้ย
ร้อยละต่อปี หลักประกันที่ให้ไว้ จำนวนเงินต้นคงเหลือ จำนวนดอกเบี้ยค้างชำระและเป็นหนี้สินเพื่อการ
ใดให้ครบทุกราย)

1.

2.

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินสหกรณ์เพื่อชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่
ดังกล่าวในข้อ 5. เป็นจำนวน.....บาท (.....)

ในกรณีที่มิมีหนี้สินอยู่ แต่ไม่ประสงค์ขอกู้เพื่อชำระหนี้สินนั้น หรือขอกู้น้อยกว่าจำนวนหุ้นในนั้น
ข้าพเจ้าขอชี้แจงเหตุผลดังต่อไปนี้.....

.....

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือน และจำนวนเงินงวดชำระหนี้ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์ นั้น จากเงินรายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่ายเพื่อส่งต่อสหกรณ์

ข้อ 8. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ และเมื่อได้จดทะเบียนสหกรณ์นี้แล้ว ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ ให้เสร็จภายในวันที่สิ้นเดือนที่คณะกรรมการดำเนินการได้กำหนดชำระจำนวนเงินดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 7 ด้วย

ข้อ 9. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของสหกรณ์ทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้สมัคร

คำรับรองของคณะกรรมการหรือสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... กรรมการ / สมาชิก สหกรณ์ฯ ทะเบียนสมาชิกเลขที่ ขอรับรองว่าข้อความซึ่งผู้สมัครที่แสดงไว้ข้างบนนี้เป็นจริงทุกประการ และเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตามข้อบังคับสหกรณ์ทุกประการ สมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้รับรอง

เลขที่

ประเภทสมาชิก

สามัญ

สมทบ

ทะเบียนสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

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

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 / พนักงานรัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างประจำ 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.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....

(.....)

หมายเหตุ ผู้สมัครโปรดถ่ายสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาใบขับขี่ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาจำนวน 1 ชุด

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....
เลขที่ธนาคารกรุงไทย (จังหวัดมุกดาหาร)เลขประจำตัวประชาชน
.....ที่อยู่บ้าน.....เลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ได้ทราบข้อความ
ในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว เห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ฯ จึงสมัครเข้าเป็นสมาชิกของ
สหกรณ์และขอให้ถือยศเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

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

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น ลูกจ้างซึ่งได้เงินเดือนประจำ ตำแหน่ง.....
สังกัด (สสจ./สสอ./รพ.).....ได้รับเงินเดือนและเงินเพิ่มจ่ายควบกับ
เงินเดือน.....บาท (.....)

ข้อ 3. ข้าพเจ้าเป็น บิดา / มารดา / สามี ของสมาชิกสามัญ (นาย / นาง/นางสาว)
.....เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....
ดำรงตำแหน่ง.....สังกัด.....
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

ข้อ 4. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการกั้มเงิน

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อ
สหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท (มูลค่าหุ้นละ 10.-บาท) อัตราการออมอย่างต่ำต้องเป็นไปตาม
อัตราซึ่งกำหนดไว้ในหนังสือชี้ชวน แต่ถ้าจะแสดงความจำนงสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ก็ได้ หุ้นแรกเข้าครั้งแรก
ไม่ต่ำกว่า 1,000.-บาท

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ และเมื่อได้
ลงทะเบียนเป็นสมาชิกสหกรณ์นี้แล้ว ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรก
เข้าและเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ ให้เสร็จภายในวันที่สิ้นเดือนที่คณะกรรมการดำเนินการได้กำหนด
ชำระจำนวนเงินดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมและขอรับรองให้ปฏิบัติตามความในข้อ 7 ด้วย

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของสหกรณ์
ทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้สมัคร

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาและสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้รับรอง (สมาชิก)

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้รับรอง (สมาชิก)

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความซึ่งผู้สมัครที่แสดงไว้ข้างบนนี้เป็นจริงทุกประการ และเป็นผู้มีคุณสมบัติ
ครบถ้วนถูกต้องตามข้อบังคับสหกรณ์ทุกประการ สมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์

เลขที่

ทะเบียนสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

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

ตำบล/แขวง มุกดาหาร อำเภอ/เขต เมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร 49000

โทร/โทรสาร 042-633587

ประเภทสมาชิก

สามัญ

สมทบ

ข้าพเจ้า.....

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

สถานภาพ โสด สมรส หย่า อื่นๆ

เลขประจำตัวประชาชน ----

อาชีพ ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างประจำ 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.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....

(.....)

หมายเหตุ ผู้สมัครโปรดถ่ายสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาใบขับขี่ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาจำนวน 1 ชุด