

หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิก

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



เลขที่สมาชิก.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....

เลขที่ธนาคารกรุงไทย (จังหวัดมุกดาหาร)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่สะดวกติดต่อ.....

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว เห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ฯ จึงสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

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

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนประจำ สถานที่ปฏิบัติงานสังกัด (สสจ./สสอ./รพ.).....ตำแหน่ง.....

ได้รับเงินเดือนและเงินเพิ่มจ่ายควบกับเงินเดือน.....บาท (.....)

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการกักเงิน

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท (มูลค่าหุ้นละ 10.-บาท) อัตราการออมอย่างต่ำต้องเป็นไปตามอัตราซึ่งกำหนดไว้ในหนังสือชี้ชวน แต่ถ้าจะแสดงความจำนงสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ก็ได้

ข้อ 5. ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมดซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังต่อไปนี้ (แสดงข้อความรายละเอียดของแต่ละราย คือชื่อและสำนักงานของเจ้าหนี้ วันที่เป็นหนี้ จำนวนหนี้สินตั้งแต่นั้น อัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อปี หลักประกันที่ให้ไว้ จำนวนเงินต้นคงเหลือ จำนวนดอกเบี้ยค้างชำระและเป็นหนี้สินเพื่อการใดให้ครบทุกราย)

1.

2.

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินสหกรณ์เพื่อชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังกล่าวในข้อ 5. เป็นจำนวน.....บาท (.....)

ในกรณีที่ไม่มีหนี้สินอยู่ 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 (นาย/นาง/นางสาว).....

(กรรมการ / สมาชิก) สหกรณ์ฯ ทะเบียนสมาชิกเลขที่ ขอรับรองว่าข้อความซึ่งผู้สมัครที่แสดงไว้ข้างบนนี้เป็นจริงทุกประการ และเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตามข้อบังคับสหกรณ์ทุกประการ สมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์

(ลงชื่อ)
(.....)
ผู้รับรอง

เลขที่

ประเภทสมาชิก

สามัญ

สมทบ

ทะเบียนสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ประเภทสหกรณ์ออมทรัพย์ สำนักงานเลขที่.....หมู่.....ถนนวิจิตรสุรการ

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 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.....

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