

เลขที่เอกสาร

เลขที่สมาชิก

แนบ

รูปถ่าย 1 นิ้ว 3 รูป

สลิปเงินเดือน

สำเนาบัตรฯ / ทะเบียนบ้านของผู้สมัครและ

ผู้รับผลประโยชน์

สำเนาหลักฐานผู้รับผลประโยชน์

สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการ

สำเนานำบัญชีธนาคารกรุงไทย

สำเนาหนังสือบรรจุแต่งตั้งให้เป็นพนักงานราชการ

(เฉพาะพนักงานราชการ)

ใบสมัครสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด

วันที่สมัคร

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบ และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด และขอให้รายละเอียดเพื่อใช้เป็นหลักฐาน ดังนี้

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกประเภท

สมาชิกสามัญ (ข้าราชการ / ลูกจ้างประจำ / พนักงานราชการ)

สมาชิกสมทบ (พนักงานราชการ / พนักงานกระทรวงฯ / ลูกจ้างชั่วคราว / บิดา หรือ มารดา หรือ

คู่สมรส หรือบุตรของสมาชิกที่บรรลุนิติภาวะ) บรรลุนิติภาวะ หมายถึง อายุ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป หรือโดยการสมรส

(เฉพาะสมาชิกสมทบ) โดยหักจากเงินได้รายเดือน ของ

ตนเอง หน่วยงานที่หักเงินเดือน

สมาชิก (ชื่อ - นามสกุล)

หน่วยงาน ที่หักเงินเดือน

โดยข้าพเจ้าเป็น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ของสมาชิก

โดยได้รับการยินยอม ให้หักชำระหนี้ค่าหุ้นรายเดือนของข้าพเจ้า จากเงินได้รายเดือน ของสมาชิก

(ชื่อ - สกุล)

เป็นการถูกต้อง

หนังสือยินยอมให้หักเงินได้รายเดือน

เรียน ผู้ที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้า

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด เลขทะเบียนที่

หน่วยงาน

ยินยอมให้ ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจาก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด ให้หักเงินชำระค่าหุ้นรายเดือน ของข้าพเจ้า และ / หรือ

(ชื่อ - สกุล)

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบเพื่อชำระค่าหุ้นโดยวิธีหักจาก

เงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า ณ ที่จ่าย ตามระเบียบ ว่าด้วย หุ้นของสมาชิกสมทบ พ.ศ. 2549 เพื่อส่งต่อสหกรณ์

ลงชื่อ

(.....)

สมาชิกผู้ให้คำยินยอม

ข้อมูลส่วนตัว

คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว กรณีมีศ ระบุ

ชื่อ..... นามสกุล

เพศ ชาย หญิง วัน / เดือน / ปีเกิด / / อายุ..... ปี

สถานภาพ โสด สมรส หย่า/ร้าง หม้าย กรุ๊ปเลือด

คู่สมรส (ถ้ามี) ชื่อ - สกุล.....

(ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิกสามัญ / สมาชิกสมทบ)

ที่อยู่ หมู่ ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ / เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน ที่ทำงาน มือถือ.....

เลขที่บัตรประชาชน - - - -

เลขที่บัญชีธนาคารกรุงไทย - - - สาขา.....

เลขที่ผู้เสียภาษี..... วันที่เข้ารับราชการ / /

ตำแหน่ง..... สังกัด.....

เงินเดือน..... บาท เงินได้พิเศษ..... บาท

มีความประสงค์ขอส่งค่าหุ้นรายเดือน ในอัตราเดือนละ..... บาท

โดยหักจากเงินได้รายเดือน ของ ตนเอง สมาชิก ที่เป็นบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า

เมื่อข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาให้เข้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ ที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ หักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือน และจำนวนเงินชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า ณ ที่จ่าย หรือ จากเงินได้รายเดือนของบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ที่ให้คำยินยอมตามหนังสือยินยอมให้หักชำระค่าหุ้นของสมาชิก ณ ที่จ่าย เพื่อส่งต่อสหกรณ์

ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก พร้อมทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรกต่อสหกรณ์ ให้เสร็จภายในวันสิ้นเดือนที่ข้าพเจ้าได้รับการพิจารณา ให้มีสิทธิรับเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนด การชำระเงินจำนวน ดังกล่าวนี

ข้าพเจ้ายินยอมและ จะปฏิบัติตาม ข้อบังคับ ระเบียบ และมติ ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด ทุกประการ

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกสามัญ และสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์อื่นใด

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้สมัคร

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา / กรรมการประจำหน่วย

วันที่

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สังกัด ขอรับรองว่า ตามความเห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้าได้
สอบสวนข้อความ ซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ และ
สมควรรับเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด ได้

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้รับรอง

นำเขาที่ประชุม

คณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ ครั้งที่ /

เมื่อวันที่

มติที่ประชุม

ผลการพิจารณา

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่

พินัยกรรมแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด

วันที่

ตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด ข้อที่ 39 และข้อที่ 56

ข้าพเจ้า สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด
เป็น สมาชิกสามัญ สมาชิกสมทบ เลขที่ สังกัด อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ขอทำพินัยกรรมกำหนดการเกี่ยวกับทรัพย์สินที่มีอยู่ในสหกรณ์ คือ เงินค่าหุ้น เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน เงินฝาก หรือผลประโยชน์อื่นใด ที่สามารถถอนได้หากยังมีของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าเสียชีวิต หรือ ถูกคำสั่งศาลให้ไม่สามารถดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับนิติกรรมต่างๆ ได้ ทรัพย์สินของข้าพเจ้าในสหกรณ์ หลังจากหักภาระหนี้สินที่มีต่อสหกรณ์แล้ว ข้าพเจ้าขอตั้งผู้รับโอนประโยชน์ให้แก่บุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อผู้รับโอนประโยชน์	ส่วนแบ่ง (%)	ความสัมพันธ์	หมายเหตุ
1.			
2.			
3.			
4.			

ในขณะที่ข้าพเจ้าทำพินัยกรรมฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะดี มีสุขภาพสมบูรณ์ และมีได้มีผู้ใดมาข่มขู่ หรือหลอกลวงให้ข้าพเจ้าทำพินัยกรรมฉบับนี้แต่อย่างใด พินัยกรรมฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพียงฉบับเดียว ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน และข้าพเจ้ามอบพินัยกรรมฉบับนี้ให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด เก็บรักษาไว้

(ลงชื่อ) ผู้ทำพินัยกรรม
(.....)

ข้าพเจ้าผู้มีนามข้างท้ายนี้ ได้เป็นพยานในการทำพินัยกรรม และขอรับรองว่า ผู้ทำพินัยกรรมได้ลงลายมือชื่อข้างบนนี้ ต่อหน้าข้าพเจ้าทั้ง 2 คน พร้อมกัน

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

หมายเหตุ

- พยาน รวมทั้งคู่สมรสของพยาน จะเป็นผู้รับโอนประโยชน์ไม่ได้
- ผู้ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ บุคคลวิกลจริต หรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ , บุคคลที่หูหนวก เป็นใบ้ หรือตาบอดทั้ง 2 ข้าง เป็นพยานไม่ได้