

เลขที่เอกสาร .....

เลขที่สมาชิก .....

## ใบสมัครสมาชิก

### สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด

#### เอกสารแนบ

- รูปถ่าย 1 นิ้ว 3 รูป
  - สลิปเงินเดือน ปัจจุบัน
  - สำเนาบัตรฯ / ทะเบียนบ้านของผู้สมัครและ
  - ผู้รับผลประโยชน์ เอกสารคู่สมรส (ถ้ามี)
  - สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการ
  - สำเนานำบัญชีธนาคารกรุงไทย
  - สำเนาหนังสือบรรจุแต่งตั้งให้เป็นพนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวงฯ
- (กรณี สมัครสมาชิกสมทบ บิดา มารดา บุตร คู่สมรส  
แนบสำเนาบัตรฯ / ทะเบียนบ้านสมาชิกสามัญ 2 ชุด

วันที่สมัคร .....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบ และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของ สหกรณ์  
ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี 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 ) .....

#### หนังสือยินยอมให้หักเงินได้รายเดือน

เรียน ผู้ที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้า ..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด เลขทะเบียนที่ ..... หน่วยงาน .....

ยินยอมให้ ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจาก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด ให้หักเงินชำระค่าหุ้นรายเดือน ของข้าพเจ้า และ / หรือ

( ชื่อ - สกุล ) ..... ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกเพื่อชำระค่าหุ้น โดยวิธีหักจากเงินได้

รายเดือนของข้าพเจ้า ณ ที่จ่าย ตามระเบียบ ว่าด้วย หนี้ของสมาชิก พ.ศ. 2567 และระเบียบ ว่าด้วยหุ้นของสมาชิก

สมทบ พ.ศ. 2567 เพื่อส่งสหกรณ์

ลงชื่อ .....

( .....

สมาชิกผู้ให้คำยินยอม

**ทะเบียนสมาชิก**  
**สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด**

**ข้อมูลส่วนตัว**

คำนำหน้าชื่อ  นาย  นาง  นางสาว  กรณีมียศ ระบุ .....

ชื่อ ..... นามสกุล ..... เลขสมาชิก .....

เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -

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

สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่า/ร้าง  หม้าย สัญชาติ ..... กรุ๊ปเลือด .....

คู่สมรส (ถ้ามี) ชื่อ - สกุล .....

วันที่เป็นสมาชิก ..... วันที่ขาดสมาชิกภาพ .....

**( ที่อยู่ปัจจุบัน )**

ที่อยู่ ..... หมู่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

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

เบอร์โทรศัพท์ ..... มือถือ .....

**( ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน )**

ที่อยู่ ..... หมู่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

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

เบอร์โทรศัพท์ ..... มือถือ .....

เลขที่บัญชีธนาคารกรุงไทย  -  -  -  สาขา .....

สถานที่ทำงาน ..... เบอร์โทรที่ทำงาน .....

ตำแหน่ง/อาชีพ ..... สังกัด .....

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

มีความประสงค์ขอส่งค่าหุ้นรายเดือน ในอัตราเดือนละ ..... บาท

โดยหักจากเงินได้รายเดือน ของ  ตนเอง  สมาชิก ที่เป็นบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า

เมื่อข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาให้เข้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่  
ที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์หักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือน และจำนวนเงิน  
ชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า ณ ที่จ่าย หรือ จากเงินได้รายเดือนของ  
บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ที่ให้คำยินยอมตามหนังสือยินยอมให้หักชำระค่าหุ้นของสมาชิก ณ ที่จ่ายเพื่อส่ง  
ต่อสหกรณ์

ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก พร้อมทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นรายเดือน  
ครั้งแรกต่อสหกรณ์ ให้เสร็จภายในวันสิ้นเดือนที่ข้าพเจ้าได้รับการพิจารณา ให้มีสิทธิรับเข้าเป็นสมาชิกของ สหกรณ์  
ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนด การชำระเงินจำนวน ดังกล่าวนี้นี้

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

นำเข้าที่ประชุม

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 ที่สามารถถอนได้หากพึงมีของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าเสียชีวิต หรือ ถูกคำสั่งศาลให้ไม่  
สามารถดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับนิติกรรมต่างๆ ได้ ทรัพย์สินของข้าพเจ้าในสหกรณ์ หลังจากหักภาระหนี้สินที่มี  
ต่อสหกรณ์แล้ว ข้าพเจ้าขอตั้งผู้รับโอนประโยชน์ให้แก่บุคคลดังต่อไปนี้

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

ในขณะที่ข้าพเจ้าทำพินัยกรรมฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะดี มีสุขภาพสมบูรณ์ และมีใครมา  
ข่มขู่ หรือหลอกลวงให้ข้าพเจ้าทำพินัยกรรมฉบับนี้แต่อย่างใด พินัยกรรมฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพียงฉบับเดียว  
ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน และข้าพเจ้ามอบพินัยกรรมฉบับนี้ให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข  
อุทัยธานี จำกัด เก็บรักษาไว้

(ลงชื่อ).....ผู้ทำพินัยกรรม  
(.....)

ข้าพเจ้าผู้มีนามข้างท้ายนี้ ได้เป็นพยานในการทำพินัยกรรม และขอรับรองว่า ผู้ทำพินัยกรรมได้ลง  
ลายมือชื่อข้างบนนี้ ต่อหน้าข้าพเจ้าทั้ง 2 คน พร้อมกัน

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

หมายเหตุ 1. พยาน รวมทั้งคู่สมรสของพยาน จะเป็นผู้รับโอนประโยชน์ไม่ได้  
2. ผู้ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ บุคคลวิกลจริต หรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ ,  
บุคคลที่หูหนวก เป็นใบ้ หรือตาบอดทั้ง 2 ข้าง เป็นพยานไม่ได้



หนังสือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล  
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่  -  -  -  -

“ให้” ความยินยอม  “ไม่ให้” ความยินยอมแก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด “สหกรณ์ฯ”  
ในการ เก็บรวบรวม / ใช้ / เปิดเผยให้ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ กรรมการดำเนินการ ผู้ตรวจสอบกิจการ ผู้สอบบัญชี และหน่วยงาน -  
ราชการที่กำกับดูแลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่

1. ข้อมูลของผู้สมัครสมาชิก และผู้รับผลประโยชน์

2. ข้อมูลสมาชิกผู้กู้และผู้ค้ำประกัน

3. รูปถ่าย รวมไปถึงภาพถ่ายบนสำเนาเอกสารต่าง ๆ

4. ข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ที่อาจมีการจัดเก็บเพิ่มเติม เพื่อการตรวจสอบ และเพื่อปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง  
ทั้งนี้ เพื่อการสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ การถือหุ้นรายเดือน การทำธุรกรรมฝากเงิน การขอเงินกู้ การเข้าค้ำประกัน -

เงินกู้ และการขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกต่าง ๆ

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดเกี่ยวกับหนังสือนี้และได้รับคำอธิบายจากสหกรณ์ฯ  
ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย “ประมวลผล” ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธ ไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือ  
ชักจูง และสหกรณ์ฯได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิ  
ตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับสหกรณ์ฯ ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าขาด  
คุณสมบัติในการทำธุรกรรมการเงินและสวัสดิการต่าง ๆ กับสหกรณ์ฯและข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าวไม่มี  
ผลกระทบต่อประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....)