



สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด
 446 หมู่ 6 ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50300
 โทร. 0-5311-5015-7 ต่อ 41-44 โทรสาร 0-5311-5018



เขียนที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
 สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....
 เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....
 ชื่อคู่สมรส (นาย / นาง / นางสาว)..... ปัจจุบันข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... สถานที่ทำงาน.....
 ตำแหน่ง..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด หากข้าพเจ้าเป็นหนี้สินต่อ
 สภกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ หักเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ศพและจัดการศพของข้าพเจ้าชำระหนี้
 แก่สภกรณ์ฯ เป็นอันดับแรก หากมีเงินเหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในแบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของ
 ข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงิน

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ทางราชการจ่ายให้แก่ข้าพเจ้า หักเงิน
 ณ ที่จ่ายเพื่อชำระหนี้ให้แก่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ ได้ตลอดไป

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุก
 ประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
 (.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อท้ายนี้ ขอรับรองว่า ผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีความประพฤติดี และเป็นสมาชิกสภกรณ์ออมทรัพย์
 สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ ได้

ลงชื่อ.....สมาชิก ฌ.อ.ส. ประเภทสามัญ เลขที่.....
 (.....)

ลงชื่อ.....สมาชิก ฌ.อ.ส. ประเภทสามัญ เลขที่.....
 (.....)

มติของคณะกรรมการ อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
 (.....)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
 สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ (สมทบ)

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....
 สถานที่ทำงาน..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย..... ตำบล.....
 อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ตามระเบียบ ข้อบังคับสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์
 สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด พ.ศ. 2551 ข้อ 20 โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินตามข้อบังคับ ดังนี้

- 1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
- 2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
- 3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
- 4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
- 5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

- ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงคนเดียว
 ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน
 อื่น ๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

หมายเหตุ

1. ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์สมาชิก ณ.อ.ส. อาจระบุต้องเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ตามข้อบังคับสมาคมสถาปนากิจ
 สงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด ได้แก่ สามี หรือ ภรรยาของสมาชิก บุตรของสมาชิก
 บิดา หรือมารดาของสมาชิก ผู้อุปการะ หรือ ผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิก
2. การขาด ลบ ตก เต็ม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้
3. หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ภายหลังให้สมาชิกแจ้งต่อสมาคมฯ

เอกสารประกอบใบสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการ
 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
 3. สำเนาทะเบียนสมรส
 4. เงินค่าสมัคร 430 บาท (ค่าสมัคร 50 บาท , เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 360 บาท , ค่าบำรุงรายปี 20 บาท)
 5. รูปถ่ายจำนวน 2 ใบ
 6. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ (ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย)
- (เมื่อคณะกรรมการมีมติรับเป็นสมาชิกแล้วต้องชำระเงินสงเคราะห์สามัญศพละ 30 บาท สมทบศพละ 30 บาท)

การส่งเงินสงเคราะห์ศพ (สมทบ)

เขียนที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การส่งเงินสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

เรียน ประธานกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

มีความประสงค์ขอส่งเงินสงเคราะห์ศพ ที่ข้าพเจ้าต้องชำระให้แก่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
เชียงใหม่ จำกัด โดยให้สมาคมฯ เรียกเก็บเงินดังกล่าวที่ต้นสังกัดของข้าพเจ้า สถานที่ทำงาน.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... โทรศัพท์.....
หรือจาก (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ เลขที่.....
สถานที่ทำงาน.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอมหักเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)