



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก (สมทบ)

เลขที่สมาชิก.....

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด
10 ถนนสุเทพ ตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทร. 0-5389-5160-1 ต่อ 107-109 โทรสาร 0-5389-4416

รูปถ่าย

เขียนที่ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ 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.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด หากข้าพเจ้าเป็นหนี้สินต่อ
สหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ หักเงินจากเงินฝากและจัดการศพของข้าพเจ้าชำระหนี้
แก่สหกรณ์ฯ เป็นอันดับแรก หากมีเงินเหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในแบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของ
ข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงิน

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ทางราชการจ่ายให้แก่ข้าพเจ้า หักเงิน
ณ ที่จ่ายเพื่อชำระหนี้ให้แก่สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ ได้ตลอดไป

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุก
ประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อท้ายนี้ ขอรับรองว่า ผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีความประพฤติดี และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ ได้

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

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

มติของคณะกรรมการ อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)

นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ (สมทบ)

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

ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ขอบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด
 พ.ศ. 2557 ข้อ 17 โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินตามข้อบังคับ ดังนี้

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

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

- ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงคนเดียว
 ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน
 อื่น ๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

หมายเหตุ

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

เอกสารประกอบใบสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
 3. สำเนาทะเบียนสมรส
 4. เงินค่าสมัคร 430 บาท (ค่าสมัคร 50 บาท, เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 300 บาท, ค่าบำรุงรายปี 20 บาท)
 5. รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 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 การส่งเงินสมทบฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

เรียน ประธานกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

มีความประสงค์ขอส่งเงินสงเคราะห์ศพ ที่ข้าพเจ้าต้องชำระให้แก่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ 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

(.....)