ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก (สมทบ) **เลขที่สมาชิก.....**

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

รูปถ่าย

.....

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

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....สมาชิกสหกรณ์ เลขที่.....
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 สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด หากข้าพเจ้าเป็นหนี้สินต่อสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ หักเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ศพและจัดการศพของข้าพเจ้าชำระหนี้แก่สหกรณ์ฯ เป็นอันดับแรก หากมีเงินเหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในแบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงิน

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ทางราชการจ่ายให้แก่ข้าพเจ้า หักเงิน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระหนี้ให้แก่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ ได้ตลอดไป

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อท้ายนี้ ขอรับรองว่า ผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีความประพฤติดี และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ ได้

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

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

มติของคณะกรรมการ ◯ อนุมัติ
◯ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)
นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ (สมทบ)

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

ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ตามระเบียบ ข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด พ.ศ. 2551 ข้อ 20 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
(.....)

<u>หมายเหตุ</u>

1. ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์สมาชิก ฌ.อ.ส. อาจระบุต้องเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ตามข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด ได้แก่ สามี หรือ ภรรยาของสมาชิก บุตรของสมาชิก บิดา หรือมารดาของสมาชิก ผู้อุปการะ หรือ ผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิก
2. การขูด ลบ ตก เติม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้
3. หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ภายหลังให้สมาชิกแจ้งต่อสมาคมฯ

<u>เอกสารประกอบใบสมัคร</u>

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส
4. เงินค่าสมัคร 370 บาท (ค่าสมัคร 50 บาท , เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 300 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 สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด โดยให้สมาคมฯ เรียกเก็บเงินดังกล่าวที่ต้นสังกัดข้องข้าพเจ้า 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
(.....)