



เลขที่.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก (สามัญ) กรณีพิเศษที่มีอายุเกิน 60 ปี แต่ไม่เกิน 75 ปี
 สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด 2 (สม.สธ.ลพ.2)
 263/1 ถนนเชียงใหม่-ลำพูน ตำบลเหมืองง่า อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน 51000
 คณะกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด 2 (สม.สธ.ลพ.2)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....สมาชิกสหกรณ์ ฯ เลขที่.....
 เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... ชื่อคู่สมรส (นาย / นาง / นางสาว)
 ปัจจุบันข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก / ซอย.....
 ถนน..... ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต จังหวัด.....
 โทรศัพท์..... อาชีพ..... สถานที่ทำงาน..... ตำแหน่ง.....
 อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์ที่ทำงาน มือถือ.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด 2 หากข้าพเจ้าเป็นหนี้สิน
 ต่อสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฯ หักเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ศพและจัดการศพของข้าพเจ้าชำระหนี้แก่สหกรณ์ เป็นอันดับแรก
 หากมีเงินเหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในแบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงิน

ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะกรรมการดำเนินการ หรือเจ้าหน้าที่การเงินของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จำกัด 2
 จ่ายเงินปันผล และเงินเฉลี่ยคืน ประจำปี ให้แก่ข้าพเจ้าหักเงิน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระให้แก่สมาคมฯ ตามข้อบังคับข้อที่ 15

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะ ปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
 (.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อท้ายนี้ ขอรับรองว่า ผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีคุณสมบัติ และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
 สาธารณสุขลำพูน จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมาคมฯ ได้

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....
 (.....)

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....
 (.....)

มติของคณะกรรมการ ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารประกอบใบสมัคร อย่างละ 1 ฉบับ

- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาบัตรข้าราชการของ ผู้สมัคร
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- สำเนาทะเบียนสมรสของผู้สมัคร (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขลำพูน จำกัด (ให้แนบในกรณีที่ผู้สมัคร เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญ)
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ หรือ ชื่อสกุล (ถ้ามี)
- ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ ฉบับจริง ไม่เกิน 30 วัน

อนุมัติ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด 2

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.).....สมาชิกสมาคมเลขที่.....
 สถานที่ทำงาน.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ตามระเบียบ ข้อบังคับสมาคมสถาปนิกสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์
 สาธารณสุขลำพูน จำกัด 2 พ.ศ. 2562 ข้อ 13 โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินตามข้อบังคับดังนี้

- (1).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- (2).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- (3).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- (4).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- (5).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

- ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว
- ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน
- อื่น ๆ

ลงชื่อ.....สมาชิก (สธ.สธ.ลพ.2)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

- ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับของสมาคมสถาปนิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์
 ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด 2 ได้แก่ สามี หรือภรรยาของสมาชิก บุตรของสมาชิก บิดา หรือ
 มารดา ของสมาชิก ผู้อุปการะ หรือ ผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิก
- การขาด ลบ ตก เต็ม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือกำกับไว้
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ให้สมาชิกยื่นคำร้องต่อสมาคม ฯ