



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ประเภทสมทบ บุคคลในครอบครัว
สมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย สหกรณ์เภสัชกรโรงพยาบาลสุโขทัย จำกัด 2 เลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย /นาง /น.ส.).....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....ชื่อคู่สมรส (นาย / นาง / น.ส.).....ปัจจุบันข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบของนาย/นาง/นางสาว.....เป็นสมาชิกสามัญสหกรณ์

เภสัชกรโรงพยาบาลสุโขทัย จำกัด เลขทะเบียนสมาชิกสมาคม.....

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลฯ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อทำนี้ ขอรับรองว่า ผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีความประพฤติดีและเป็น คู่สมรส / บุตร / บิดา / มารดา ของ
สมาชิกสหกรณ์เภสัชกรโรงพยาบาลสุโขทัย จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมทบสมาคมฯ ได้

(ลงชื่อ).....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....

(.....)

(ลงชื่อ).....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....

(.....)

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

เอกสารประกอบใบสมัคร

- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาบัตรข้าราชการของ
ผู้สมัคร
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- สำเนาทะเบียนสมรสของผู้สมัคร (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกสหกรณ์เภสัชกร
โรงพยาบาลสุโขทัย จำกัด (ให้แนบในกรณีที่ผู้สมัคร
เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญ)
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ หรือ ชื่อสกุล (ถ้ามี)

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกสมาคมเภสัชกรโรงพยาบาล

สมาชิกสหกรณ์เภสัชกรโรงพยาบาลสุโขทัย จำกัด 2

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ (สมทบ)

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 สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน
 จำกัด พ.ศ.2562 ข้อ 13. โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินตามข้อบังคับ ดังนี้

- (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.....สมาชิกสมทบ (สธ. สห. ลพ.2)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

- หมายเหตุ**
- ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์สมาชิก สมาคมฯ อาจารย์ ต้องเป็นบุคคลหนึ่ง ตามข้อบังคับสมาคมสถาปนิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด ได้แก่ สามี หรือภรรยาของสมาชิก บุตรของสมาชิก บิดา หรือมารดาของสมาชิก ผู้อุปการะหรือผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิก
 - การขาด ลบ ตก เต็ม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือกำกับไว้
 - หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ให้สมาชิกยื่นคำร้องต่อสมาคมฯ