



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกประเภทสามัญ กรณีพิเศษ อายุไม่เกิน 80 ปี

สมาคมสมาพันธ์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด เลขที่.....

เรียน คณะกรรมการสมาคมสมาพันธ์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....สมาชิกสหกรณ์ฯ 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.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมสมาพันธ์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด หากข้าพเจ้าเป็น
หนี้สินต่อสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฯ หักเงินจากเงินออมทรัพย์ และจัดการศพของข้าพเจ้าชำระหนี้แก่สหกรณ์เป็น
อันดับแรก หากมีเงินเหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในแบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงิน

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมสมาพันธ์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อทำนี้ ขอรับรองว่าผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีความประพฤติดี และมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของ สมาคม
สมาพันธ์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

(ลงชื่อ).....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....

(.....)

(ลงชื่อ).....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....

(.....)

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

เอกสารประกอบใบสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาบัตรข้าราชการของ
ผู้สมัคร
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
5. สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขลำพูน จำกัด (ให้แนบในกรณีที่ผู้สมัคร
เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญ)
6. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ หรือ ชื่อสกุล (ถ้ามี)
7. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ ฉบับจริง
เวลาไม่เกิน 30 วัน

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกสมาคมสมาพันธ์สหกรณ์ออมทรัพย์

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ (สามัญ)

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

ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ตามระเบียบ ข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
 ลำพูน จำกัด พ.ศ. 2561 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 สมาชิกฯ (สผ. สห. ลพ)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

- ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด ได้แก่ สามี หรือภรรยาของสมาชิก บุตรของสมาชิก บิดา หรือ มารดา ของสมาชิก ผู้อุปการะ หรือ ผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิก
- การขูด ลบ ตก เต็ม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือกำกับไว้
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ให้สมาชิกยื่นคำร้องต่อสมาคมฯ