

เลขที่.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด
263/1 ถนนเชียงใหม่-ลำพูน ตำบลเหมืองง่า อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน 51000
โทร.053-531153 , 053-093656 โทรสาร. 053-531153.

เรียน คณะกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด หากข้าพเจ้าเป็นหนี้สินต่อสหกรณ์ฯ
ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฯ หักเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ศพและจัดการศพของข้าพเจ้าชำระหนี้แก่สหกรณ์ เป็นอันดับแรก หากมีเงินเหลือ
ขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในแบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงิน

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ทางราชการจ่ายให้แก่ข้าพเจ้าหักเงิน ณ
ที่จ่ายเพื่อชำระให้แก่สมาคม ฯ ดังนี้

- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| ก. ค่าสมัคร | จำนวน 100 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน) |
| ข. ค่าบำรุงประจำปี | จำนวน 50 บาท (ห้าสิบบาทถ้วน) |
| ค. ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า | จำนวน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) |

รวมทั้งสิ้น 650 บาท (หกร้อยห้าสิบบาทถ้วน) โดยเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าจะหัก ณ ที่จ่ายจากเงินได้รายเดือนรวม 6 เดือน

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะ ปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อท้ายนี้ ขอรับรองว่า ผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีความประพฤติดี และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน
จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมาคม ฯ ได้

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคม ฯ เลขที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคม ฯ เลขที่.....
(.....)

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

อนุมัติ ไม่อนุมัติเนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

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 ข้อบังคับสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน
 จำกัด พ.ศ. 2553 ข้อ 10 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 ฅ.อ.ส.

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

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

เอกสารประกอบใบสมัคร

- สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการ
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาทะเบียนสมรส