

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก (สมทบ)

เลขที่.....

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด
263/ 1 ถนนเชียงใหม่ – ลำพูน ตำบลเหมืองง่า อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน 51000
โทร.053-531153 ,053-560480 โทรสาร 053-531153.

เขียนที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

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.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด หากข้าพเจ้าเป็นหนี้สินต่อสหกรณ์ ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฯ หักเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ศพและจัดการศพของข้าพเจ้าชำระหนี้แก่สหกรณ์เป็นอันดับแรก หากมีเงินเหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในแบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงิน

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ทางราชการจ่ายให้แก่ข้าพเจ้าหักเงิน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระให้แก่สมาคมฯ ได้ตลอดไป

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ ฯ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อทำยนี้ ขอรับรองว่า ผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีคุณสมบัติและเป็น คู่สมรส / บุตร / บิดา / มารดา ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมทบสมาคม ฯ ได้

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคม ฯ เลขที่

(.....)

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคม ฯ เลขที่

(.....)

มติของคณะกรรมการ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

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 ข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด พ.ศ.2540
 ข้อ 10. 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 ฌ.อ.ส.

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์สมาชิก ฌ.อ.ส.อาจจะระบุ ต้องเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ตามข้อบังคับสมาคม สภกรณ์ออมทรัพย์
 สาธารณสุขลำพูน จำกัด ได้แก่ สามี หรือภรรยาของสมาชิกบุตรของสมาชิก บิดา หรือมารดาของสมาชิก ผู้อุปการะ
 หรือผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิก

2. การขาด ลบ ตก เต็ม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือกำกับไว้

3. หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ให้สมาชิกยื่นคำร้องต่อสมาคม ฯ

เอกสารประกอบใบสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส
4. เงินค่าสมัครสมาชิกสมทบ 150 บาท (ค่าสมัคร 50 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 100 บาท)