

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด  
 263 ถนนเชียงใหม่ – ลำพูน ตำบลเหมืองง่า อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน 51000  
 โทร.053 - 093788 , 053 - 560480 โทรสาร 053 - 093788 ต่อ 16

เขียนที่ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์

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.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด หากข้าพเจ้าเป็นหนี้สินต่อ  
 สหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฯ หักเงินตามบัญชีและจัดการศพของข้าพเจ้าชำระหนี้แก่สหกรณ์เป็นอันดับแรกหากมี  
 เงินเหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในแบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงิน

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ทางราชการจ่ายให้แก่ข้าพเจ้าหักเงิน ณ  
 ที่จ่ายเพื่อชำระให้แก่สมาคมฯ ได้ตลอดไป

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

**คำรับรอง**

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อทำนี้ ขอรับรองว่า ผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีคุณสมบัติดีและเป็น คู่สมรส / บุตร / บิดา / มารดา ของ  
 สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมทบสมาคมฯ ได้

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่

(.....)

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่

(.....)

มติของคณะกรรมการ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์

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**
- ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์สมาชิก ฌ.อ.ส. อาจะระบุ ต้องเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ตามข้อบังคับสมาคม สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด ได้แก่ สามี หรือภรรยาของสมาชิกบุตรของสมาชิก บิดา หรือมารดาของสมาชิก ผู้อุปการะหรือผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิก
  - การขาด ลบ ตก เต็ม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือกำกับไว้
  - หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ให้สมาชิกยื่นคำร้องต่อสมาคม ฯ

## เอกสารประกอบใบสมัคร

- สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการ
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาทะเบียนสมรส
- เงินค่าสมัครสมาชิกสมทบ 1,350 บาท (ค่าสมัคร 100 บาท ค่าบำรุงรายปี 50 บาท และเงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 1,200 บาท)