



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก (สมทบ)

เลขที่.....

สมาคมฉาบกระจกสเกราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด
10 ถนนสุเทพ ตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทร. 0-5389-5160-1 ต่อ 112 โทรสาร 0-5389-4416

เขียนที่ สมาคมฉาบกระจกสเกราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.).....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
ชื่อคู่สมรส (นาย / นาง).....ปัจจุบันข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
ตำแหน่ง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฉาบกระจกสเกราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด หากข้าพเจ้าเป็น
หนี้สินต่อสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฯ หักเงินฉาบกระจกสเกราะห์ศพและจัดการศพของข้าพเจ้าชำระหนี้
แก่สหกรณ์ฯ เป็นอันดับแรก หากมีเงินเหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสเกราะห์ในแบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสเกราะห์
ของข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงิน

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ทางราชการจ่ายให้แก่ข้าพเจ้า
หักเงิน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระให้แก่สมาคมฯ ได้ตลอดไป

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมฉาบกระจกสเกราะห์ฯ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะ
ปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อท้ายนี้ ขอรับรองว่า ผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีคุณสมบัติและเป็น คู่สมรส / บุตร /
บิดา / มารดา ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมทบสมาคมฯ ได้

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....
(.....)

มติของคณะกรรมการ อนุมัติ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)

นายกสมาคมฉาบกระจกสเกราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

การส่งเงินสงเคราะห์ศพ (สมทบ)

เขียนที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การส่งเงินสมทบฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

เรียน ประธานกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.).....

สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์เลขที่.....มีความประสงค์ขอส่งเงินสงเคราะห์ศพที่

ข้าพเจ้าต้องชำระให้แก่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ โดยให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ เรียกเก็บเงินดังกล่าวที่

(นาย / นาง / น.ส.).....สมาชิกสหกรณ์ฯ เลขที่.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ผู้ให้คำยินยอม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.).....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....ยินยอมให้หัก

เงินสงเคราะห์ศพของ (นาย / นาง / น.ส.).....จากข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. (นาย / นาง / น.ส.).....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ลงชื่อ.....พยาน

2. (นาย / นาง / น.ส.).....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ลงชื่อ.....พยาน

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 ข้อบังคับสมาคมฉาบนิกจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์
 สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด พ.ศ. 2540 ข้อ 10 โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินตามข้อบังคับดังนี้

- (1)เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
 (2)เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
 (3)เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
 (4)เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
 (5)เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

- ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว
 ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน
 อื่น ๆ

ลงชื่อ.....สมาชิกสมทบ ณ.อ.ส.

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

- ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์สมาชิก ณ.อ.ส. อาจระบุ ต้องเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ตามข้อบังคับสมาคม สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด ได้แก่ สามี หรือ ภรรยาของสมาชิก บุตรของสมาชิก บิดา หรือมารดาของสมาชิก ผู้อุปการะ หรือ ผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิก
- การขาด ลบ ตก เต็ม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือกำกับไว้
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ให้สมาชิกยื่นคำร้องต่อสมาคมฯ

เอกสารประกอบใบสมัคร

- สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการ (อายุไม่เกิน 50 ปี)
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาทะเบียนสมรส
- เงินค่าสมัครสมาชิกสมทบ 150 บาท (ค่าสมัคร 50 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 100 บาท)
- รูปถ่ายจำนวน 2 ใบ
- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ

- เมื่อคณะกรรมการมีมติรับเป็นสมาชิกแล้วต้องชำระเงินสงเคราะห์ สำคัญศพละ 10 บาท สมทบศพละ 10 บาท