

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