



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก (สามัญ)

เลขที่.....

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด
10 ถนนสุเทพ ตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทร. 0-5389-5160-1 ต่อ 104,112 โทรสาร 0-5389-4416

เขียนที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.).....

สมาชิกสหกรณ์ฯ เลขที่.....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.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด หากข้าพเจ้าเป็นหนี้สิน ต่อสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฯ หักเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ศพและจัดการศพของข้าพเจ้าชำระหนี้แก่สหกรณ์ฯ เป็นอันดับแรก หากมีเงินเหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในแบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงิน

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ทางราชการจ่ายให้แก่ข้าพเจ้าหักเงิน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระให้แก่สมาคมฯ ได้ตลอดไป

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะ ปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อท้ายนี้ ขอรับรองว่า ผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีความประพฤติดี และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมาคมฯ ได้

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

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

มติของคณะกรรมการ



อนุมัติ



ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ (สามัญ)

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.).....สมาชิกสมาคมเลขที่.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ตามระเบียบ ข้อบังคับสมาคมกัปแกงสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุข เชียงใหม่ จำกัด พ.ศ. 2540 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 ฉ.อ.ส.
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ

1. ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์สมาชิก ฉ.อ.ส. อาจระบุ ต้องเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ตามข้อบังคับสมาคม สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด ได้แก่ สามี หรือ ภรรยาของสมาชิก บุตรของสมาชิก บิดา หรือมารดาของสมาชิก คู่อุปการะ หรือ คู่อยู่ในอุปการะของสมาชิก
2. การขาด ลบ ตก เต็ม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือกำกับไว้
3. หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ให้สมาชิกยื่นคำร้องต่อสมาคมฯ

เอกสารประกอบใบสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส
4. เงินค่าธรรมเนียมสมัครสามัญ 160 บาท (ค่าธรรมเนียม 50 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 110 บาท)
5. รูปถ่ายจำนวน 2 ใบ
6. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ

* เมื่อคณะกรรมการมีมติรับเป็นสมาชิกแล้ว ต้องชำระเงินสงเคราะห์ สามัญศพละ 20 บาท สมทบศพละ 10 บาท