

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 ข้อบังคับสมาคมกัปานกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ 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 ฅ.อ.ส.

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

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

เอกสารประกอบใบสมัคร

- สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการ
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาทะเบียนสมรส
- เงินค่าสมัครสมาชิกสามัญ 160 บาท (ค่าสมัคร 50 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 110 บาท)
- รูปถ่ายจำนวน 2 ใบ
- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ

* เมื่อคณะกรรมการมีมติรับเป็นสมาชิกแล้ว ต้องชำระเงินสงเคราะห์ สามัญศพละ 20 บาท สมทบศพละ 10 บาท