



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก (สมทบ)

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

เขียนที่ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

ชื่อคู่สมรส (นาย /นาง / นางสาว).....ปัจจุบันข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....สถานที่ทำงาน.....

ตำแหน่ง.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด หากข้าพเจ้าเป็น
หนี้สินต่อสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ หักเงินพัฒนากิจสงเคราะห์ฯและจัดการศพของ
ข้าพเจ้าชำระหนี้แก่สหกรณ์ฯ เป็นอันดับแรก หากมีเงินเหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในแบบระบุผู้มีสิทธิรับ
เงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงิน

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเดือน หรือเงินอื่นใดที่ทางราชการจ่ายให้แก่
ข้าพเจ้า หักเงิน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระหนี้ให้แก่สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ ได้ตลอดไป

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่า
จะปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อทำยนี้ ขอรับรองว่า ผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีความประพฤติดี และเป็นสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ ได้

ลงชื่อ.....สมาชิก ณ.อ.ส. เลขที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....สมาชิก ณ.อ.ส. เลขที่.....

(.....)

มติของคณะกรรมการ อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ (สมทบ)

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....
 สถานที่ทำงาน.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
 ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ตามระเบียบ ข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์
 ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด พ.ศ. 2551 ข้อ 20 โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินตามข้อบังคับ ดังนี้
 1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
 2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
 3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
 4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
 5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงคนเดียว

ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

อื่น ๆ

ลงชื่อ.....สมาชิก ฌ.อ.ส.

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

- ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์สมาชิก ฌอ.ส. อาจระบุต้องเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ตามข้อบังคับสมาคม ฌาปนกิจสงเคราะห์ สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด ได้แก่ สามเษ หรือ ภรรยาของ สมาชิก บุตรของสมาชิก บิดา หรือมารดาของสมาชิก ผู้อุปการะ หรือ ผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิก
- การชุด ลบ ตก เดิม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ภายหลังให้สมาชิกแจ้งต่อสมาคมฯ

เอกสารประกอบใบสมัคร

- สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการ
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาทะเบียนสมรส
- เงินค่าสมัครสมาชิกสมทบ **250 บาท** (ค่าสมัคร 50 บาทและเงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 200 บาท)
- รูปถ่ายจำนวน 2 ใบ
- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ

(เมื่อคณะกรรมการมีมติรับเป็นสมาชิกแล้วต้องชำระเงินสงเคราะห์สามัญศพละ 20 บาท สมทบศพละ 20 บาท)

การส่งเงินสงเคราะห์ศพ (สมทบ)

เขียนที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การส่งเงินสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

เรียน ประธานกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ เลขที่.....มีความประสงค์ขอส่งเงินสงเคราะห์ศพที่

ข้าพเจ้าต้องชำระให้แก่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ โดยให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ เรียกเก็บเงินดังกล่าวที่

(นาย / นาง / นางสาว).....

สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ เลขที่..... สถานที่ทำงาน.....

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ผู้ให้คำยินยอม (สมาชิกสามัญ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ เลขที่..... สถานที่ทำงาน.....

ยินยอมให้หักเงินสงเคราะห์ของ (นาย / นาง / นางสาว).....

จากข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(2) ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)