



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สภกรรมการสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสภกรรมการสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....

ตั้งบ้านเรือนอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทร..... E-mail.....กรุปเลือด.....

ได้ทราบข้อความในร่างข้อบังคับของสภกรรมการฯ โดยตลอดแล้วและเห็นชอบในวัตถุประสงค์จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกและขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี วันเดือนปีที่เกิด..... เลขที่บัตรประชาชน.....
วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....

ข้อ 2 ข้าพเจ้าเป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ
 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข อื่นๆ

ตำแหน่งปัจจุบัน..... ระดับ ฝ่าย.....

สถานปฏิบัติงาน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้รับเงินได้รายเดือน.....บาท สังกัดหน่วยงานที่จ่ายเงินเดือน.....

ข้อ 3 ข้าพเจ้า ไม่เป็นสมาชิกในสภกรรมการสาธารณสุข
 เป็นสมาชิกสภกรรมการสาธารณสุข.....และมีความประสงค์ขอโอนย้าย

- มีทุนเรือนหุ้นบาท

- มีภาระหนี้เงินกู้บาท

- มียอดเงินฝากบาท

ข้อ 4 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสภกรรมการฯ ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสภการณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท (มูลค่าหุ้นละ 10 บาท และไม่น้อยกว่าอัตราที่กำหนดไว้ในระเบียบ)

ข้อ 5 ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมดที่ข้าพเจ้ามีอยู่ขณะนี้ แสดงข้อความรายละเอียดแต่ละรายคือชื่อและสำนักงานของเจ้าหนี้ วันที่เป็นหนี้ จำนวนหนี้สินตั้งแต่แรก อัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อปีหลักประกันที่ให้ไว้ จำนวนต้นเงินคงเหลือจำนวนดอกเบี้ยค้างชำระและเป็นหนี้เพื่อการใด ให้ครบทุกราย

1

2

ข้อ 6 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินสหกรณ์เพื่อ ชำระหนี้สินที่ข้าพเจ้า มีอยู่ดังกล่าวในข้อ 5. นั้นเป็นจำนวนเงินบาท

ข้อ 7 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินได้ รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักจำนวนเงินค่าหุ้น ค่าหุ้นและจำนวนเงินงวด ชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่าย เพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 8 ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า ถ้าสหกรณ์ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อใน ทะเบียนสมาชิก ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับของสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันที่ซึ่ง คณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระเงินดังกล่าวนี้ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความ ในข้อ 7 ด้วย

ข้อ 9 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับและมติของสหกรณ์ฯ ทุกประการ

.....
(.....)

ผู้สมัคร

หนังสือให้ความยินยอมของสามี/ภรรยาของสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง.....ยินยอมให้ นาย/นาง.....

สมาชิกเลขทะเบียนที่.....ซึ่งเป็นสามี/ภรรยา(ขีดคำที่ไม่ใช่ชื่อ)ของข้าพเจ้าทำนิติกรรมอันเป็นการจัดการ สินสมรสกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ทั้งที่ทำไว้แล้วหรือกระทำขึ้นในวัน หนึ่งวันใดภายหน้าได้ตลอดไปจนกว่าข้าพเจ้าจะบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์ฯ

(ลงชื่อ).....สามี/ภรรยา

(.....)

- หมายเหตุ
1. ถ้าผู้ให้ความยินยอมพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงชื่อจะต้องมีพยานรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างน้อย 2 คน และพยานนี้จะพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงชื่อไม่ได้การพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องทำต่อหน้าพยาน
 2. พยานต้องเป็นสมาชิกของสหกรณ์นี้เท่านั้น

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ขอรับรองตามความรู้เห็นและตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความที่ผู้สมัครได้แสดงไว้ข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในร่างข้อบังคับของสหกรณ์ ข้อ 4 และสมควรรับสมัครเข้าเป็นสมาชิกในสหกรณ์ฯ นี้ได้

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

คำรับรองของเจ้าหน้าที่การเงิน

ข้าพเจ้า..... เป็นเจ้าหน้าที่การเงิน(สังกัด).....

ขอรับรองว่านาย/นาง/นางสาว.....

ได้รับเงินเดือนที่(สังกัด).....จริง

ลงชื่อ

(.....)

หมายเหตุ : 1. การลงลายมือชื่อของสมาชิก ต้องมีส่วนคล้ายกับบัตรข้าราชการมากที่สุด

2. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร

- | | |
|----------------------------------|--------------|
| 1. บัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน 2 ฉบับ |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาเลขบัญชีธนาคารกรุงไทย | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. สลิปเงินเดือน ณ เดือนปัจจุบัน | จำนวน 1 ฉบับ |



สภรณออมทรพยสาธารณสุขจังหวดนครศรีธรรมราช จำกัด
หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้สภรณออมทรพย

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี หมุโลหิต.....

เลขที่บัตรประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รับราชการสังกัด(1)..... ตำแหน่ง.....และเป็นสมาชิกสภรณออมทรพย

สาธารณสุขจังหวดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....มีความประสงค์ให้ส่วนราชการหัก

เงินและสั่งให้สภรณออมทรพยที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับ (1)..... ดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ กบข.

เงินบำเหน็จดำรงชีพ และเงินอื่นที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามจำนวนที่สภรณออมทรพยสาธารณสุข

จังหวดนครศรีธรรมราช จำกัด แจ้งในแต่ละเดือนให้หักเงินส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณีให้

สภรณออมทรพยสาธารณสุขจังหวดนครศรีธรรมราช จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2. กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และได้รับเงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ

กบข. บำเหน็จดำรงชีพหรือเงินอื่นที่พึงได้รับจากทางราชการ ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงิน

ตามจำนวนที่ สภรณออมทรพยสาธารณสุขจังหวดนครศรีธรรมราช จำกัด แจ้งและส่งเงินจำนวนนั้นให้

สภรณออมทรพยสาธารณสุขจังหวดนครศรีธรรมราช จำกัด แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ กบข. เงินบำเหน็จดำรงชีพ

และเงินอื่นที่ข้าพเจ้าพึงได้รับไม่ว่ากรณีใดเมื่อได้หักชำระหนี้ แก่ทางราชการแล้ว (ถ้ามี) ข้าพเจ้ายินยอมให้

หักเงินส่งให้สภรณออมทรพยสาธารณสุขจังหวดนครศรีธรรมราช จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อ 4. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้

คำยินยอมทั้งหมดหรือบางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสภรณออมทรพยสาธารณสุข

จังหวดนครศรีธรรมราช จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและ

ถ้อยคำในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ มีข้อความตรงกันฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่(1).....

ฉบับที่สองเก็บไว้กับข้าพเจ้าและข้าพเจ้าได้สำเนาให้สภรณออมทรพยสาธารณสุขจังหวดนครศรีธรรมราช จำกัด

ไว้เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

ลงชื่อ ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ลงชื่อเจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

หมายเหตุ “(1)” หมายถึงชื่อส่วนราชการ



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ทะเบียนประวัติสมาชิก

เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) (นาย,นาง,นางสาว)..... กรุ๊ปเลือด.....
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) (Mr, Mrs ,Miss).....
 2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... ปัจจุบันอายุ.....ปี.....เดือน
 3. หน่วยงานสังกัด..... ตำแหน่ง..... อัตราเงินเดือน..... วุฒิการศึกษา.....
 4. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... E-mail.....
 5. รับเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมครั้งที่/..... วันที่..... วันที่ได้สิทธิเป็นสมาชิก
วันเริ่มปฏิบัติราชการ..... วันครบเกษียณอายุ.....
 6. สถานภาพ..... ชื่อคู่สมรส..... บุตรจำนวน คน ดังนี้
 - 6.1 ชื่อ/สกุล.....
 - 6.2 ชื่อ/สกุล.....
 - 6.3 ชื่อ/สกุล.....
 7. ชื่อ-สกุลบิดา ชื่อ-สกุลมารดา
 8. รายการทรัพย์สินที่ข้าพเจ้ามีอยู่ ดังนี้
 - 8.1 อสังหาริมทรัพย์ราคาประมาณ บาท
 - 8.2 ทรัพย์สิน อื่นๆราคาประมาณ บาท
- ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินทุนเรือนหุ้นรายเดือน ครั้งแรกตั้งแต่วันที่ได้สิทธิการเป็นสมาชิก
ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนอันที่จะปฏิบัติตามกฎหมายข้อบังคับระเบียบและมติต่าง ๆ ของสหกรณ์ทุกประการ
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

(ลายมือชื่อ).....สมาชิก

(.....)

(ลายมือชื่อ).....หัวหน้าหน่วยงาน

(.....)

(ลายมือชื่อ).....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

บัตรตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิก
เพื่อทำนิติกรรมต่าง ๆกับสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

1.....

2.....

บัตรตัวอย่างลายมือชื่อคู่สมรสสมาชิก
เพื่อทำนิติกรรมต่าง ๆกับสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

1.....

2.....



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด
หนังสือการตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mel.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ทะเบียนสมาชิกเลขที่.....มีความประสงค์ขอลตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ ข้อ 38 ตามความต่อไปนี้

ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้สหกรณ์ฯ จ่ายเงินค่าหุ้น เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน เงินฝาก และรวมทั้งบรรดาทรัพย์สินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับตามสิทธิของการเป็นสมาชิกแล้วแต่ในกรณีใด ให้แก่ผู้รับโอนผลประโยชน์ของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์เป็น.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ลำดับที่ 2 ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์เป็น.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ลำดับที่ 3 ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์เป็น.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขณะที่ทำหนังสือการตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

.....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้ทำหนังสือ/ผู้เขียน
(.....)

(ลงชื่อ).....(พยาน)
(.....)

(ลงชื่อ).....(พยาน)
(.....)

- หมายเหตุ 1.ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือการตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ที่ทำไว้กับสหกรณ์ก่อนหน้าทั้งหมดและให้ใช้ฉบับนี้แทน ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป
- 2.ผู้ทำหนังสือต้องลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน
- 3.พยานทั้งสองคนต้องลงลายมือชื่อเป็นพยานรับรองลายมือชื่อของผู้ทำหนังสือขณะนั้น



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

HEALTH PUBLIC SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

บัญชีเลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--

- คำขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์
- คำขอเปิดบัญชีเงินฝากสะสมทรัพย์สุขใจวัยเกษียณ
- คำขอเปิดบัญชีเงินฝากสะสมทรัพย์เพื่อการศึกษาบุตรสมาชิก
- คำขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ
- คำขอเปิดบัญชีเงินฝากประจำ

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใช้บริการของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด จึงขอให้รายละเอียดกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ดังต่อไปนี้

ชื่อ-นามสกุลเจ้าของบัญชี (ภาษาไทย) นาย นาง นางสาว

วัน/เดือน-ปีเกิด (พ.ศ.) / / อายุ.....ปี เพศ : ชาย (M) หญิง (F) สัญชาติ.....

บัตรสำคัญประจำตัว บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ สังกัดหน่วย.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน หมู่โลหิต.....

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ชั้นที่.....ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

รายได้/เดือน (บาท).....

1. เปิดบัญชีเงินฝาก ออมทรัพย์ ออมทรัพย์พิเศษ ประจำ จำนวนเงินที่ขอเปิดบัญชี.....บาท

ชื่อบัญชี (ภาษาไทย).....

เงื่อนไขการส่งจ่าย ลงนามส่งจ่ายเพียงผู้เดียว อื่น ๆ..... เงื่อนไขพิเศษ.....

ข้าพเจ้าได้รับสมุดคู่ฝาก/สมุดเช็ค เลขที่.....เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตัวอย่างลายมือชื่อ(สมาชิก)

1.....

2.....

เอกสารที่ใช้ประกอบการเปิดบัญชี

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาบัตรข้าราชการ
- สำเนาสูติบัตร

ลงชื่อ.....ผู้ขอเปิดบัญชี/ผู้ฝาก
(.....)