

วันที่เป็นสมาชิก.....
เลขทะเบียนสมาชิก.....



สมาชิกสามัญ
 สมาชิกสมทบ

ใบสมัครสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำกัด

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ข้าพเจ้า ได้ทราบวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ฯ โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ฯ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก.....ของสหกรณ์ฯ และขอให้ถือยศเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี (วัน เดือน ปีเกิด.....)

ข้อ ๒. ข้าพเจ้าเป็น ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำ
 พนักงานของรัฐ ลูกจ้างชั่วคราว อื่นๆ.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท

ข้อ ๓. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์ออมทรัพย์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการกักเงิน

ข้อ ๔. ข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกในชั้นนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท (มูลค่าหุ้นละ ๑๐.- บาท ต้องไม่น้อยกว่า ๕% ของเงินเดือน แต่ไม่เกิน ๕๐,๐๐๐.- บาท) และชำระค่าหุ้นแรกเข้าเป็นเงิน.....บาท (ขั้นต่ำ ๕๐๐.- บาท แต่ไม่เกิน ๒๐,๐๐๐.- บาท)

ข้อ ๕. ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมด ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ต่อไปนี้ (แสดงข้อความรายละเอียดของแต่ละราย คือ ชื่อและสำนักงานของเจ้าหนี้ วันเป็นหนี้ จำนวนหนี้สินตั้งแต่แรก อัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อปี หลักประกันที่ไว้ไว้ จำนวนเงินต้นคงเหลือ จำนวนดอกเบี้ยค้างชำระ และเป็นหนี้สินเพื่อการใดให้ครบทุกรายการ)

(๑).....

.....

(๒).....

.....

ข้อ ๖. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินสหกรณ์เพื่อชำระหนี้ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังกล่าวใน ข้อ ๕. นั้น เป็นจำนวน.....บาท

ในกรณีที่มีหนี้สินอยู่ แต่ไม่ประสงค์ขอกู้เพื่อชำระหนี้สินนั้น หรือขอกู้น้อยกว่าจำนวนหนี้สินข้าพเจ้าขอชี้แจงเหตุผลดังต่อไปนี้.....

.....

/ข้อ ๗. ถ้าข้าพเจ้า....

ข้อ ๗. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและร้องขอให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ฯ โปรดหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือน และจำนวนเงินงวดชำระหนี้ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์ฯ นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่าย เพื่อสหกรณ์ฯ ด้วย

ข้อ ๘. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการและมติของสหกรณ์ฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.

เอกสารที่ต้องใช้

๑. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ จำนวน ๑ ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)
๓. สลิปเงินเดือนๆ ล่าสุด ๑ ฉบับ
 - กรณีสลิปเงินเดือนออกจากกรมบัญชีกลาง (สมาชิกรับรองสำเนา)
 - กรณีออกจากเจ้าหน้าที่การเงิน (เจ้าหน้าที่การเงินต้นสังกัดรับรองสำเนา)
๔. หน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำนวน ๑ ฉบับ

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....
วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นและตามที่ข้าพเจ้าได้สอบถามผู้ยื่นข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างต้นนี้เป็นความจริง ทั้งนี้ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ นี้ได้

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
วันที่ เดือน.....พ.ศ.

หนังสือให้ความยินยอมของ สามี / ภรรยา ของสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ยินยอมให้.....

สมาชิกเลขทะเบียนที่.....ซึ่งเป็นสามี/ภรรยา (ขีดฆ่าคำที่ไม่ใช้ออก)ของข้าพเจ้า ทำนิติกรรมอันเป็น
การจัดการสินสมรสของข้าพเจ้าและคู่สมรส กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำกัด ทั้งที่ได้ทำได้
แล้วและที่จะทำขึ้นในวันหนึ่งวันใดภายหน้าได้ตลอดไป จนกว่าข้าพเจ้าจะบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์ฯ

ลงชื่อ..... สามี / ภรรยา ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ..... พยานและผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อ..... พยานและผู้รับรอง
(.....)

หมายเหตุ พยานต้องเป็นสมาชิกของสหกรณ์เดียวกัน

/หนังสือตั้งผู้รับโอน.....

หนังสือตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(ชื่อสมาชิก).....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....ขอทำหนังสือตั้งผู้รับผลประโยชน์ไว้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้ว ให้ทรัพย์สินของ
ข้าพเจ้าทั้งหมดที่มีอยู่ในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบัน และที่จะมีต่อไปใน
อนาคตให้แก่บุคคลที่มีชื่อต่อไปนี้ คือ

| <u>ชื่อผู้รับผลประโยชน์</u> | <u>ความสัมพันธ์</u> | <u>อายุ</u> | <u>ที่อยู่</u> | <u>ส่วนแบ่ง</u> |
|-----------------------------|---------------------|-------------|----------------|-----------------|
| ๑. | | | | |
| ๒. | | | | |
| ๓. | | | | |
| ๔. | | | | |
| ๕. | | | | |

และขอให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำกัด เป็นผู้จัดการผลประโยชน์ของข้าพเจ้า
เพื่อจัดการแบ่งทรัพย์สินที่มีอยู่ในสหกรณ์ฯ ให้เป็นไปตามเจตนาของข้าพเจ้า

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....สมาชิกผู้ตั้งรับโอนผลประโยชน์
(.....)

ข้าพเจ้าผู้มีนามข้างท้ายนี้ ขอรับรองว่า (ชื่อสมาชิก).....ได้ทำหนังสือตั้งผู้รับ
โอนผลประโยชน์ต่อหน้าข้าพเจ้า และได้สังเกตเห็นว่า (ชื่อสมาชิก).....ผู้ทำหนังสือ
ตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ทุกประการ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อเป็นพยานไว้ในหนังสือตั้งผู้รับโอน
ผลประโยชน์

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้เขียน
(.....)

/หมายเหตุ.....

หมายเหตุ การตั้งผู้รับผลประโยชน์ สมาชิกจะทำเป็นหนังสือตั้งบุคคลหนึ่งหรือหลายคนเพื่อเป็นผู้รับผลประโยชน์ ซึ่งตนมีอยู่ในสหกรณ์ฯ เมื่อตนตายนั้นมอบให้สหกรณ์ฯ ถือไว้ก็ได้

ถ้าสมาชิกประสงค์จะเพิกถอนหรือเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ที่ได้ทำไว้แล้วก็ต้องทำเป็นหนังสือตาม ลักษณะดังกล่าวข้างต้น

เมื่อสมาชิกตาย สหกรณ์ฯ จะจ่ายค่าหุ้น เงินรับฝาก เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน ดอกเบี้ย เงินอื่น ๆ ที่ กำหนดไว้ในระเบียบสหกรณ์ฯ คืนให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ที่ได้ตั้งไว้ หรือถ้ามิได้ตั้งไว้ก็คืนให้แก่บุคคลที่ได้นำหลักฐานมา แสดง ให้เป็นที่พอใจแก่คณะกรรมการดำเนินการว่าเป็นทายาท ผู้มีสิทธิได้รับเงินจำนวนดังกล่าวนั้น

- ผู้ทำหนังสือต้องลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน

- พยานทั้งสองคนต้องลงลายมือชื่อของผู้ทำหนังสือในขณะนั้น

- ผู้เขียนหรือพิมพ์ หรือพยานในหนังสือ รวมทั้งคู่สมรสของผู้เขียนหรือพิมพ์ หรือพยานใน

หนังสือจะเป็นผู้รับผลประโยชน์ไม่ได้ ยกเว้น สมาชิกเป็นผู้เขียนหรือพิมพ์เอง



หนังสือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำกัด

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เลขประจำตัวประชาชน..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....

หมายเลขโทรศัพท์

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เปิดเผย และแลกเปลี่ยนข้อมูลของข้าพเจ้ากับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำกัด ข้อมูลที่เปิดเผยได้แก่

๑. ชื่อ - นามสกุล วันเดือนปีเกิด อายุ
๒. สถานภาพการสมรส ชื่อคู่สมรส
๓. เลขที่ตำแหน่ง ตำแหน่ง ระดับ สังกัด สถานที่ปฏิบัติงาน
๔. อัตราเงินเดือน อายุงาน วันเกษียณอายุ อายุงานที่เหลือ

การเปิดเผยและแลกเปลี่ยนข้อมูลดังกล่าวต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ในการพิจารณาให้กู้ยืมเงินรวมทั้งเพื่อประโยชน์ในการทบทวนสินเชื่อ ต่ออายุสัญญาสินเชื่อ การส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำกัด และให้ถือว่าฉบับนี้ สำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้โดยการถ่ายสำเนา ภาพถ่าย หรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใดๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในหนังสือยินยอมฉบับนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน ณ วัน เดือน ปี ที่ระบุข้างต้น

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)