



### ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

### สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลชัยภูมิ จำกัด

#### เอกสารประกอบใบสมัคร

1. สลิปเงินเดือน และ รูปถ่าย 1-2 นิ้ว (3 รูป)
2. สำเนาบัตรประชาชน/ข้าราชการ  
(ผู้สมัคร + คู่สมรส + ผู้รับประโยชน์)
3. สำเนาทะเบียนบ้าน  
(ผู้สมัคร + คู่สมรส + ผู้รับประโยชน์)
4. สำเนาทะเบียนสมรส / หย่า (ถ้ามี)
5. สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคารกรุงไทย  
ที่รับโอนเงินเดือนจากโรงพยาบาลชัยภูมิ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

#### เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลชัยภูมิ จำกัด

ข้าพเจ้า..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
 ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....  
 ได้ทราบข้อมูลข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลชัยภูมิ จำกัด โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์  
 ความมุ่งหมายของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกและขอให้ถือยศเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขประจำตัวประชาชน ---

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า

ชื่อคู่สมรส..... จำนวนบุตร..... คน

ข้อ 2. ปัจจุบันข้าพเจ้าเป็น  ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ  พนักงานกระทรวงสาธารณสุข  
 ลูกจ้างชั่วคราว  พนักงานของรัฐ

ตำแหน่ง..... สังกัด(หอผู้ป่วย/กลุ่มงาน).....

ได้รับเงินเดือนๆ ละ..... บาท เงินประจำตำแหน่ง..... บาท

เงินค่าตอบแทน.....บาท ค่าครองชีพ..... บาท

เงิน พ.ต.ส.....บาท รวมเงินได้..... บาท เลขที่รับเงินเดือน.....

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์ออมทรัพย์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการกู้ยืมเงิน

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกในครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์เดือนละ.....บาท  
 (มูลค่าหุ้นละ 10 บาท ทั้งนี้ต้องส่งเงินค่าหุ้นไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่สหกรณ์กำหนด คือ 4% ของเงินได้รายเดือน)

ข้อ 5. ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมดซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังต่อไปนี้ (แถลงโดยละเอียดของแต่ละรายการ)

| ที่ | ชื่อเจ้าหนี้ | วันที่<br>เป็นหนี้ | วงเงินกู้ | หนี้คงเหลือ | ดอกเบี้ย<br>ต่อปี % | หลักประกัน |
|-----|--------------|--------------------|-----------|-------------|---------------------|------------|
|     |              |                    |           |             |                     |            |
|     |              |                    |           |             |                     |            |
|     |              |                    |           |             |                     |            |

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินรายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักเงินค่าหุ้นและจำนวนเงินงวดชำระหนี้ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่ายเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 7. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และค่าหุ้นประจำเดือนแรกตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ ให้เสร็จภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนด การชำระจำนวนเงินดังกล่าวนี้ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 6 ด้วย

ข้อ 8. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามมติ ข้อบังคับ และระเบียบของสหกรณ์ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร  
(.....)

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (หัวหน้าหน่วยงาน)**

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด(หน่วยงาน).....ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้าและตามที่ข้าพเจ้าได้  
สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติ  
ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์และสมควรรับเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์นี้ได้

ลงชื่อ..... หัวหน้าหน่วยงาน  
(.....)

**ทะเบียนสมาชิก**

ชื่อ—นามสกุล..... อายุ..... ปี สมาชิกเลขที่.....

รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ในการประชุมครั้งที่...../.....

ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นครั้งแรกวันที่.....

ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับของสหกรณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อให้ไว้เป็นสำคัญ  
ต่อหน้าพยาน

ลายมือชื่อสมาชิก.....

ลายมือชื่อพยาน.....

ลายมือชื่อพยาน.....



## หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เขียนที่สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลชัยภูมิ จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลชัยภูมิ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....ขอทำหนังสือฉบับนี้เพื่อแสดงว่าเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ข้าพเจ้าขอยกประโยชน์ในเงินค่าหุ้น เงินฝาก เงินสงเคราะห์ศพ หรือเงินอื่นใดจากสหกรณ์ เพื่อชำระหนี้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลชัยภูมิ จำกัด เป็นอันดับแรก หากมีเงินคงเหลือข้าพเจ้าขอยกให้แก่บุคคลดังต่อไปนี้ แต่เพียงผู้เดียว คนละเท่าๆกัน ตามสัดส่วน (%)

| ลำดับ | ชื่อ - นามสกุล | เกี่ยวข้องเป็น | ที่อยู่ | จำนวน(%) |
|-------|----------------|----------------|---------|----------|
|       |                |                |         |          |
|       |                |                |         |          |
|       |                |                |         |          |
|       |                |                |         |          |

และให้มีหน้าที่จัดการตามพันธะต่างๆ ที่ข้าพเจ้ามีหน้าที่ปฏิบัติต่อสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลชัยภูมิ จำกัด ด้วย

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

กรรมการ/เจ้าหน้าที่สหกรณ์

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

กรรมการ/เจ้าหน้าที่สหกรณ์

คำเตือน 1.ให้สมาชิกเป็นผู้เขียนใบแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ด้วยตนเองทั้งฉบับ

2.ถ้าสมาชิกไม่ได้เขียนใบแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ด้วยตนเองทั้งฉบับ ต้องให้มีผู้ที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์นี้ เป็นผู้เขียนแทน อย่าให้ผู้ที่ได้รับโอนประโยชน์ หรือคู่สมรสของผู้รับโอนผลประโยชน์เป็นผู้เขียนหรือเป็นพยาน มิฉะนั้นหนังสือนี้จะเป็นโมฆะ และผู้ที่เป็นพยานต้องเป็นกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ของสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลชัยภูมิ จำกัด เท่านั้น