มติที่ประชุมคณะกรรมการชุดที่.....

ครั้งที่.....วันที่.....

สมาชิกเลขที่.....

วันที่.....

ติดรูปถ่าย

1 นิ้ว 1 รูป

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด

ข้อมูลผู้สมัคร

1. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....เลขบัตรประชาชน.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ที่บ้าน.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

(กรณีสมรส ชื่อคู่สมรส .....โทรศัพท์.....)

2.ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ .....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่บ้าน.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

3.ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่ .....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่บ้าน.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน

ข้อมูลการทำงาน

☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง .....วันที่บรรจุเข้ารับราชการ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน .....เงินเดือน/เงินบำนาญ/เงินบำเหน็จรายเดือน.....บาท

หลังเกษียณรับเงิน ☐ บำนาญรายเดือน ☐ บำเหน็จรายเดือน ☐ บำเหน็จครั้งเดียว

ข้อมูลการเป็นสมาชิกสหกรณ์

☐ ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อื่นและไม่อยู่ระหว่างขอโอนย้ายสหกรณ์

☐ ข้าพเจ้าอยู่ระหว่างขอโอนย้ายระหว่างสหกรณ์ จากสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

การชำระค่าหุ้น

ข้าพเจ้าขอชำระค่าหุ้นรายเดือน เดือนละ.....บาท และไม่น้อยกว่าอัตราที่สหกรณ์กำหนด(มูลค่าหุ้นละ10 บาท)

ข้าพเจ้าขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามิได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อื่นที่มีวัตถุประสงค์ในการกู้ยืมเงิน ข้าพเจ้าได้ทราบข้อความตามข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ และขอชำระค่าหุ้นรายเดือนไม่น้อยกว่าอัตราที่สหกรณ์กำหนด พร้อมนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือสหกรณ์ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ หรือเจ้าหน้าที่ผู้ซึ่งจ่ายเงินได้รายเดือนให้ข้าพเจ้าหักเงินเพื่อชำระค่าหุ้นรายเดือน หรือภาระหนี้ซึ่งข้าพเจ้าต้องชำระให้สหกรณ์ หรือให้หักจากเงินได้รายเดือนหรือจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าซึ่งสหกรณ์รับฝากไว้

2. ข้าพเจ้ายอมปฏิบัติตามมติคณะกรรมการดำเนินการ ประกาศ คำสั่ง ระเบียบ ข้อบังคับของสหกรณ์ทุกประการ ทั้งในปัจจุบันและภายหน้า

3. หากข้าพเจ้าถึงแก่กรรมหากได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ อันพึงเกิดขึ้นจากการเป็นสมาชิกให้หักภาระหนี้ซึ่งต้องชำระคืนแก่สหกรณ์ ส่วนที่เหลือให้จ่ายให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ ตามที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์

ข้าพเจ้าขอรับรองถ้อยคำที่ให้ไว้ต่อสหกรณ์ว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

<table>
<tr><td colspan="2">คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</td></tr>
<tr><td>1. ผู้สมัครสมาชิกตำแหน่งต่ำกว่าระดับชำนาญการให้ผู้บังคับบัญชา หรือหัวหน้าฝ่าย หรือหัวหน้ากลุ่มงาน ซึ่งดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการขึ้นไปเป็นผู้รับรอง
2. ถ้าผู้สมัครสมาชิก เป็นผู้ดำรงตำแหน่งตั้งแต่ระดับชำนาญการขึ้นไปก็ไม่ต้องมีผู้รับรอง</td><td>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าปัจจุบันผู้ขอสมัครยังปฏิบัติราชการอยู่ และไม่อยู่ในระหว่างการถูกสอบสวนทางวินัยอย่างร้ายแรง

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</td></tr>
<tr><td colspan="2">รายละเอียดเอกสารประกอบการสมัครสมาชิก</td></tr>
<tr><td><u>1. เอกสารประกอบการสมัครสมาชิก</u>
1.1 ใบสมัครสมาชิก
1.2 คำขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์
1.3 หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือน
1.4 หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์</td><td><u>2. เอกสารที่ใช้แนบการสมัครสมาชิก</u>
2.1 สำบัตรประจำตัวประชาชน 3 ฉบับ
2.2 สำเนาทะเบียนบ้าน 3 ฉบับ
2.3 สลิปเงินเดือน เดือนปัจจุบัน 1 ฉบับ
2.4 รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป
2.5 สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย 1 ฉบับ
2.6 สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ 1 ฉบับ/คน</td></tr>
<tr><td>คำรับรองกรณีผู้สมัครสังกัดโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร</td><td>เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด
สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสกลนคร จำกัด ได้ตรวจสอบแล้วข้าราชการ/ลูกจ้าง ดังกล่าวข้างต้นไม่ได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสกลนคร จำกัด จริง

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่ .....</td></tr>
</table>

หลักเกณฑ์การถือหุ้นรายเดือน

สมาชิกสามัญ

1. กรณีไม่มีหนี้

1.1 มีหุ้นสะสม**ไม่เกิน 1 ล้านบาท** ให้ถือหุ้นตามเกณฑ์เงินได้รายเดือนดังนี้

เงินได้รายเดือน (บาท)	ถือหุ้นรายเดือน (บาท)
ไม่เกิน 14,000	500
14,001 ถึง 20,000	700
20,001 ถึง 30,000	1,000
30,001 ถึง 40,000	1,200
40,001 ขึ้นไป	1,300

สมาชิกสมทบ

1. สมาชิกสมทบในหน่วยงานให้ถือหุ้นได้**ขั้นต่ำ 2,400 บาท สูงสุดไม่เกิน 4,800 บาท ต่อปี หรือถือหุ้นขั้นต่ำ 200 บาท สูงสุดไม่เกิน 400 บาท ต่อเดือน**

2. สมาชิกสมทบบุคคลในครอบครัวให้ถือหุ้น**ขั้นต่ำ 1,200 บาท สูงสุดไม่เกิน 4,800 บาท ต่อปี**

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด		บัญชีเงินฝากเลขที่
	คำขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (สมาชิกสมัครใหม่)	**<u>เอกสารประกอบการเปิดบัญชี</u>** - สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สังกัด.....

ที่อยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

☐ เปิดบัญชีด้วยเงินสด ☐ เปิดบัญชีโดยหักจากเงินได้รายเดือน

จำนวน.....บาท (.....)

☐ มีความประสงค์ฝากรายเดือนโดยให้หักเงินจากเงินได้รายเดือน ๆ ละ จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีอำนาจในการถอนเงินฝาก หรือให้คำมั่นสัญญาเกี่ยวกับบัญชีที่เปิดขึ้นนี้ และข้าพเจ้าได้ให้ตัวอย่างลายมือชื่อ ของข้าพเจ้าในหนังสือขอเปิดบัญชีนี้แล้ว

ตัวอย่างลายมือชื่อ	ตัวอย่างลายมือชื่อ
.....	.....
ชื่อ-สกุล	ชื่อ-สกุล .....
(เขียนด้วยลายมือตนเอง)	(เขียนด้วยลายมือตนเอง)

ข้าพเจ้ายินยอมผูกพัน และปฏิบัติตามข้อตกลงและเงื่อนไขการใช้บริการสหกรณ์อัตโนมัติ รวมถึงข้อบังคับ ระเบียบและหลักเกณฑ์ที่สหกรณ์กำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเปิดบัญชี

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์	
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ (.....) วันที่.....	ลงชื่อ.....ผู้จัดการ/ผู้อนุมัติ (.....) วันที่.....

หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้
ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด ยื่นต่อส่วนราชการผู้เบิก

เขียนที่.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ปัจจุบันทำงานตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... มีความประสงค์ให้หน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่หักเงินและนำส่งเงินให้สหกรณ์ที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก จึงมีหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ไว้กับ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด ดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินของหน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือนหรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใด ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่ ทั้งปัจจุบัน อนาคต ตามจำนวน ที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด ได้แจ้งให้ในแต่ละเดือน เพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่นแล้วแต่กรณี ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2. กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นพนักงาน/ลูกจ้าง และได้รับเงินบำเหน็จ เงินบำนาญ เงินชดเชย หรือเงินอื่นใด ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินของหน่วยงานที่ข้าพเจ้าเคยสังกัดอยู่ หักเงินจากเงินบำเหน็จ เงินบำนาญ เงินชดเชย หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากหน่วยงานตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด ได้แจ้ง และให้ส่งเงินจำนวนดังกล่าวนั้นให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกครั้ง

ข้อ 3. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำเหน็จ เงินบำนาญ หรือเงินอื่นใด ไม่ว่ากรณีใด เมื่อได้หักชำระหนี้แก่ทางราชการแล้ว (ถ้ามี) ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าว ส่งชำระหนี้ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อ 4. หนังสือยินยอมให้หักเงินตามข้อ 3 นี้ ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปและข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมนี้ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน จนกว่าข้าพเจ้าจะได้พ้นจากการเป็นสมาชิกของสหกรณ์หรือพ้นภาระหนี้สินที่ข้าพเจ้ามีต่อสหกรณ์ เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด

ข้อ 5. ในกรณีที่ข้าพเจ้าต้องเปลี่ยนแปลงส่วนราชการที่สังกัด โดยโอนไปสังกัด ส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินของส่วนราชการ หรือหน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใดแห่งหนึ่งที่ข้าพเจ้าโอนไปสังกัด มีอำนาจหักเงินเดือน ค่าจ้าง หรือเงินบำนาญ หรือเงินบำเหน็จ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิจะได้รับจากทางราชการ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แล้วแต่กรณี เพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด แทนข้าพเจ้าได้ทุกเดือน และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะถือปฏิบัติตามคำยินยอมในหนังสือฉบับนี้ทุกประการ เพียงแต่สหกรณ์ได้มีหนังสือแจ้งให้ส่วนราชการ หรือให้หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่เพื่อดำเนินการดังกล่าวข้างต้นแทนข้าพเจ้าก็เป็นการเพียงพอแล้ว

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

หนังสือนี้ทำขึ้น 3 ฉบับ มีข้อความตรงกัน ฉบับที่หนึ่งให้ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด ฉบับที่สองเก็บไว้กับข้าพเจ้า และฉบับที่สามให้ไว้กับส่วนราชการที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่

ลงชื่อ ..... ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

แบบหนังสือแสดงผู้รับประโยชน์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด เลขทะเบียนที่ ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่...../...../..... ที่อยู่..... ถนน ..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....

ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับประโยชน์ในเงินค่าหุ้น เงินฝากเงินอื่นใดของข้าพเจ้า อันพึงจะเกิดขึ้นในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินดังกล่าวข้างต้นให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด ตามจำนวนที่ข้าพเจ้าเป็นหนี้อยู่ หากข้าพเจ้าไม่มีหนี้สินและมีเงินคงเหลือหลังจากหักหนี้สินจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด แล้ว ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินแก่บุคคล รวม.....คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. นาย / นางสาว /นาง ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
   เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่...../...../.....
   ที่อยู่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....
   จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....
   ให้รับจำนวน ..... ส่วน / เปอร์เซ็นต์
2. นาย / นางสาว /นาง ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
   เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่...../...../.....
   ที่อยู่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....
   จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....
   ให้รับจำนวน ..... ส่วน / เปอร์เซ็นต์
3. นาย / นางสาว /นาง ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
   เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่...../...../.....
   ที่อยู่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....
   จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....
   ให้รับจำนวน ..... ส่วน / เปอร์เซ็นต์
4. นาย / นางสาว /นาง ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
   เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่...../...../.....
   ที่อยู่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....
   จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....
   ให้รับจำนวน ..... ส่วน / เปอร์เซ็นต์

5. นาย / นางสาว /นาง ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่...../...../.....
ที่อยู่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....
ให้รับจำนวน ..... ส่วน / เปอร์เซ็นต์
6. นาย / นางสาว /นาง ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่...../...../.....
ที่อยู่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....
ให้รับจำนวน ..... ส่วน / เปอร์เซ็นต์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการกำหนดตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ของข้าพเจ้าได้กระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกประการ ทั้งนี้ ได้อ่านคำแนะนำการตังผู้รับโอนประโยชน์นหนังสือฉบับนี้เป็นที่เข้าใจแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ..... สมาชิกผู้ตั้งโอนรับประโยชน์
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่สหกรณ์
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้จัดการ
(.....)

หมายเหตุ ให้แนบเอกสารสำเนาบัตรประชาชนของสมาชิกและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์