

มติที่ประชุมคณะกรรมการชุดที่.....  
ครั้งที่.....วันที่.....



สมาชิกเลขที่.....  
วันที่.....

ติดรูปถ่าย  
1 นิ้ว 1 รูป

ใบสมัครเป็นสมาชิกสมทบ  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร 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.....  
ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่บ้าน.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร  ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน  สถานที่ทำงาน

ประเภทสมาชิกสมทบ	
<input type="checkbox"/> พนักงานราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราว	<b>กรณีเป็นบุคคลในครอบครัวสมาชิก</b>
ตำแหน่ง..... สถานที่ปฏิบัติงาน..... วันที่เข้าเริ่มเข้าปฏิบัติงาน..... ปัจจุบันเงินเดือน ..... บาท	<input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา
<b>การชำระค่าหุ้น</b>	ชื่อ- สurname ของสมาชิก..... สมาชิกเลขที่ .....
1. ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้ารายละ 50 บาท 2. ชำระค่าหุ้นแรกเข้าจำนวนไม่น้อยกว่า 200 บาท 3. ชำระค่าหุ้นรายเดือน.....บาท (มูลค่าหุ้นละ 10 บาท)	<b>การชำระค่าหุ้น</b> 1. ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้ารายละ 50 บาท 2. ชำระค่าหุ้นอย่างน้อยปีละ 1,200 บาท แต่ไม่เกินปีละ 4,800 บาท

ข้าพเจ้าขอให้อภัยค่าเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อื่นที่มีวัตถุประสงค์ในการกู้ยืมเงิน ข้าพเจ้าได้ทราบข้อความตามข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ และขอชำระค่าหุ้นรายเดือนไม่น้อยกว่าอัตราที่สหกรณ์กำหนด พร้อมทั้งข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือสหกรณ์ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ หรือเจ้าหน้าที่ผู้ซึ่งจ่ายเงินได้รายเดือนให้ข้าพเจ้าหักเงินเพื่อชำระค่าหุ้นรายเดือน หรือภาระหนี้ซึ่งข้าพเจ้าต้องชำระให้สหกรณ์ หรือให้หักจากเงินได้รายเดือนหรือจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าซึ่งสหกรณ์รับฝากไว้

2. ข้าพเจ้ายอมปฏิบัติตามมติคณะกรรมการดำเนินการ ประกาศ คำสั่ง ระเบียบ ข้อบังคับของสหกรณ์  
ทุกประการ ทั้งในปัจจุบันและภายหน้า

3. หากข้าพเจ้าถึงแก่กรรมหากได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ อันพึงเกิดขึ้นจากการเป็นสมาชิกให้หักภาระหนี้  
ซึ่งต้องชำระคืนแก่สหกรณ์ ส่วนที่เหลือให้จ่ายให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ ตามที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในหนังสือแต่งตั้งผู้  
รับโอนประโยชน์

ข้าพเจ้าขอรับรองถ้อยคำที่ให้ไว้ต่อสหกรณ์ว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

คำรับรองการสมัครเป็นสมาชิกสหภาพ	
<p>กรณีเป็นพนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว คำรับรองของสมาชิกสามัญ</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....)</p> <p>สมาชิกเลขที่.....</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....)</p> <p>สมาชิกเลขที่.....</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p>	<p>กรณีเป็นบุคคลในครอบครัวสมาชิก (รับสมัครตั้งแต่อายุ 20 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี)</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับรองและยินยอมให้ผู้สมัครซึ่งเป็น</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา</p> <p>สมัครเป็นสมาชิกสหภาพของสหกรณ์</p> <p>ลงชื่อ.....สมาชิกรับรอง (.....)</p> <p>สมาชิกเลขที่.....</p>

รายละเอียดเอกสารประกอบการสมัครสมาชิก	
<p>1. เอกสารประกอบการสมัครสมาชิก</p> <p>1.1 ใบสมัครสมาชิก</p> <p>1.2 หนังสือรับรองการปฏิบัติจากหน่วยงานต้นสังกัด</p> <p>1.3 คำขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์</p> <p>1.4 หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือน</p> <p>1.5 หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์</p>	<p>2. เอกสารที่ใช้แนบการสมัครสมาชิก</p> <p>2.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 3 ฉบับ</p> <p>2.2 สำเนาทะเบียนบ้าน 3 ฉบับ</p> <p>2.3 สลิปเงินเดือน เดือนปัจจุบัน 1 ฉบับ</p> <p>2.4 รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป</p> <p>2.5 สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย 1 ฉบับ</p> <p>2.6 สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ 1 ฉบับ</p>

## หลักเกณฑ์การถือหุ้นรายเดือน

### สมาชิกสามัญ

#### 1. กรณีไม่มีหนี้

1.1 มีหุ้นสะสมไม่เกิน 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. สมาชิกสมทบในหน่วยงานให้ถือหุ้นได้ขั้นต่ำ 2,400 บาท สูงสุดไม่เกิน 4,800 บาท ต่อปี หรือถือหุ้นขั้นต่ำ 200 บาท สูงสุดไม่เกิน 400 บาท ต่อเดือน

2. สมาชิกสมทบบุคคลในครอบครัวให้ถือหุ้นขั้นต่ำ 1,200 บาท สูงสุดไม่เกิน 4,800 บาท ต่อปี

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

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สังกัด.....

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

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

เปิดบัญชีด้วยเงินสด

เปิดบัญชีโดยหักจากเงินได้รายเดือน

จำนวน.....บาท (.....)

มีความประสงค์ฝากรายเดือนโดยให้หักเงินจากเงินได้รายเดือน ๆ ละ จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีอำนาจในการถอนเงินฝาก หรือให้ค้ำประกันสัญญาเกี่ยวกับบัญชีที่เปิดขึ้นนี้ และข้าพเจ้าได้ให้  
ตัวอย่างลายมือชื่อ ของข้าพเจ้าในหนังสือขอเปิดบัญชีนี้แล้ว

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

ข้าพเจ้ายินยอมผูกพัน และปฏิบัติตามข้อตกลงและเงื่อนไขการใช้บริการสหกรณ์อัตโนมัติ รวมถึงข้อบังคับ  
ระเบียบและหลักเกณฑ์ที่สหกรณ์กำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเปิดบัญชี

(.....)

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





**แบบหนังสือแสดงผู้รับประโยชน์**  
**สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

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

ขอแสดงเจตนาละทิ้งผู้รับประโยชน์ในเงินค่าหุ้น 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

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการกำหนดตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ของข้าพเจ้าได้กระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์  
ทุกประการ ทั้งนี้ ได้อ่านคำแนะนำการตั้งผู้รับโอนประโยชน์หนังสือฉบับนี้เป็นที่เข้าใจแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

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

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

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

ลงชื่อ ..... ผู้จัดการ  
(.....)

หมายเหตุ ให้แนบเอกสารสำเนาบัตรประชาชนของสมาชิกและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์