



สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด

เรียน ประธานสหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....
ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail

ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์
ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด และขอให้ถือยศคำเป็นหลักฐาน
ดังต่อไปนี้

- ข้อ 1 ข้าพเจ้ามีอายุ ปี เกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
- ข้อ 2 ข้าพเจ้ามีสถานภาพปัจจุบัน โสด แต่งงาน หย่า คู่สมรสเสียชีวิต
- ข้อ 3 ชื่อสามี / ภรรยา
- ข้อ 4 ข้าพเจ้าเป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ
 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว อื่นๆ
- ตำแหน่ง..... ระดับ.....
เลขที่อัตรา..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
แผนก/หน่วย..... ศูนย์.....
กอง / สถาบัน..... เงินเดือน..... บาท/เดือน
และได้รับเงินเพิ่มที่จ่ายควบกับเงินเดือนอีกเดือนละ บาท
ปัจจุบันรับเงินเดือนที่ต้นสังกัด/หน่วยงาน.....
- ข้อ 5 ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกเงินฝากกับสหกรณ์.....
- ข้อ 6 ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน เว้นแต่การเข้าเป็น
สมาชิกเพื่อวัตถุประสงค์การออมทรัพย์
- ข้อ 7 ข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์
ในอัตราเดือนละ หุ้น เป็นเงิน บาท (มูลค่าหุ้นละ 10 บาท)

เอกสารประกอบการสมัครเข้าเป็นสมาชิก

1. สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ
2. สำเนาสลิปเงินเดือน (เดือนปัจจุบัน)
3. สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย (สำหรับการโอนเงินกู้/เงินปันผล)
4. สำเนาสัญญาการจ้างชุดปัจจุบัน (กรณีผู้สมัครเป็น พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวง/ลูกจ้างชั่วคราว/ลจ.โครงการ)

ข้อ 8 ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมด ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังต่อไปนี้ (แสดงข้อความละเอียดของแต่ละราย คือ ชื่อ และสำนักงานของเจ้าหนี้ วันเป็นหนี้ จำนวนหนี้สินตั้งแต่แรก อัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อปี หลักประกันที่ให้ไว้ จำนวนต้นเงินคงเหลือ จำนวนดอกเบี้ยค้างชำระ และเป็นหนี้สินเพื่อการใด ให้ครบทุกรายการ)

- (1)
- (2)
- (3)

ข้อ 9 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินสหกรณ์ฯ เพื่อชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังกล่าวในข้อ 8 นั้น เป็นจำนวนเงิน บาท

ในกรณีที่ไม่มีหนี้สินอยู่ แต่ไม่ประสงค์ขอกู้เงินเพื่อชำระหนี้สินนั้น หรือขอกู้น้อยกว่าจำนวนหนี้สินนั้น ข้าพเจ้าขอชี้แจงเหตุผล ดังต่อไปนี้

ข้อ 10 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอม และขอให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ฯ โปรดหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือน และจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์ฯ นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่ายเพื่อจ่ายส่งสหกรณ์ฯ ด้วย

ข้อ 11 ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการของสหกรณ์ฯ ตกลงให้ข้าพเจ้าเข้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับสหกรณ์ฯ ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระจำนวนเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 9 ด้วย

ข้อ 12 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้สมัคร

คำรับรองผู้บังคับบัญชา

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

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน ขอรับรองว่า ตามความรู้ความเห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความ ซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสหกรณ์ฯ ข้อ 4 และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ นี้ ได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับรอง

หนังสือให้ความยินยอมของสามี / ภรรยาของสมาชิกสหกรณ์
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด

เขียนที่

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส นามสกุล

สมาชิกเลขทะเบียนที่ ซึ่งเป็นสามี / ภรรยา (ขีดฆ่าคำที่ไม่ใช่ชื่อ) ของข้าพเจ้าทำนิติกรรมอันเป็นการจัดการสินสมรสของข้าพเจ้า และคู่สมรส กับสหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด ทั้งที่ได้ทำไว้แล้ว และหรือที่จะทำขึ้นในวันหนึ่งวันใดภายหน้าได้ตลอดไป จนกว่าข้าพเจ้าจะบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์ฯ

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

ลงชื่อ พยาน และรับรอง
(.....) ลายพิมพ์นิ้วมือ

ลงชื่อ พยาน และรับรอง
(.....) ลายพิมพ์นิ้วมือ

หมายเหตุ

1. ให้คู่สมรสของสมาชิกที่ทำนิติกรรมกับสหกรณ์ ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2519 เป็นต้นมาให้ความยินยอมเป็นหนังสือด้วย (สมาชิกผู้ทำนิติกรรมกับสหกรณ์ฯ ถ้าได้สมรสโดยชอบด้วยกฎหมายก่อนวันที่ 16 ตุลาคม 2519 และเป็นผู้มีอำนาจการจัดการสินบริคณห์ของคู่สมรสอยู่แล้วก่อนวันที่ 16 ตุลาคม 2519 ทั้งถือได้ว่าเป็นผู้จัดการสินบริคณห์แต่ฝ่ายเดียว ก็ให้ถือว่าคู่สมรสของสมาชิกนั้น ได้ยินยอมให้สมาชิกจัดการสินสมรสแล้ว โดยไม่จำเป็นต้องทำหนังสือให้ความยินยอมอีก เว้นแต่คู่สมรสจะได้บอกเลิก)
2. ถ้าผู้ให้ความยินยอมพิมพ์ลายนิ้วมือห้วแม่มือแทนการลงชื่อ จะต้องมีพยานรับรองลายพิมพ์นิ้วมือห้วแม่มืออย่างน้อย 2 คน และพยานนี้จะพิมพ์ลายนิ้วมือห้วแม่มือแทนการลงชื่อไม่ได้ การพิมพ์ลายนิ้วมือห้วแม่มือต้องทำต่อหน้าพยาน
3. พยานควรเป็นสมาชิกของสหกรณ์เดียวกัน

สมาชิกเลขทะเบียนที่

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ทะเบียนสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด

ประเภท สหกรณ์ออมทรัพย์

สถานที่ตั้งเลขที่ 88/21 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล

อายุ..... ปี สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่..... ซอย.....

หมู่บ้าน..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

E-mail

สหกรณ์ฯ ได้รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการในการประชุม ชุดที่ ครั้งที่.....

วันที่ ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรก

วันที่.....

ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ฯ ทุกประการ
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน

ลายมือชื่อผู้สมัครสมาชิก.....

ลายมือชื่อพยาน.....

ลายมือชื่อพยาน.....

รายการเงินได้การชำระค่าหุ้นครั้งแรก และการชำระค่าหุ้นรายเดือน

วันที่ ชำระ ค่าหุ้น	ตำแหน่ง และสังกัด	เงินได้ราย เดือน (บาท)	เงินประจำ ตำแหน่ง (บาท)	จำนวน หุ้น	มูลค่าหุ้น หุ้นละ 10 บาท		หมายเหตุ	ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่
					ชำระค่าหุ้นครั้ง แรก (บาท)	ชำระค่าหุ้นราย เดือน (บาท)		

การออกจากสหกรณ์

ออกจากสหกรณ์ฯ เพราะเหตุ ลาออก ให้ออก ถึงแก่กรรม ตั้งแต่วันที่
ตามมติคณะกรรมการดำเนินการในการประชุม ชุดที่ ครั้งที่ วันที่.....

ลงชื่อ

กรรมการ และเลขานุการ

หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เขียนที่

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิกเลขทะเบียน.....
 ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน..... เลขบัตรประชาชน.....
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่..... ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

ขอทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ไว้ เพื่อแสดงว่าเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ให้บรรดาทรัพย์สินที่ข้าพเจ้ามีอยู่
 กับสหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด ทั้งในปัจจุบัน และในอนาคตเป็นไป ดังนี้

1. เงินค่าหุ้น ให้แก่บุคคลดังมีรายชื่อ

1.1 นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....
 เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

1.2 นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....
 เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

1.3 นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....
 เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

2. เงินปันผล ให้แก่บุคคลดังมีรายชื่อ

2.1 นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....
 เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

2.2 นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....
 เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

2.3 นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....
 เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

3. เงินเฉลี่ยคืน ให้แก่บุคคลดังมีรายชื่อ

3.1 นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....
 เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

3.2 นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....
 เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

3.3 นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....
 เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

4. เงินฝากและดอกเบี้ย ให้แก่บุคคลดังมีรายชื่อ

4.1 นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....
 เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

4.2 นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....
 เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

4.3 นาย/นาง/นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....
 เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย/หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน.....

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาไว้ด้วยว่า ถ้าข้าพเจ้าจะเพิกถอน หรือเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดในหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์นี้ โดยทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับใหม่ขึ้น ก็จะได้มอบหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับใหม่นั้น ให้ออกสภกรรมการออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด ยึดถือไว้

อนึ่ง หากข้าพเจ้ายังมีหนี้ค้างชำระกับสหกรณ์ฯ จำนวนเท่าใด ขอให้สหกรณ์ฯ เป็นผู้พิจารณานำทรัพย์สิน และผลประโยชน์ต่างๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากสหกรณ์ฯ ชำระหนี้คืนตามแต่จะเห็นสมควร

ลงชื่อ สมาชิกผู้โอนประโยชน์
 (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้โอนประโยชน์ได้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ต่อหน้าข้าพเจ้าทั้งสอง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....)

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....)

หมายเหตุ 1. ให้สมาชิกทำไว้ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 เก็บไว้กับสมาชิก ฉบับที่ 2 ส่งให้สหกรณ์ฯ
 2. พยาน ต้องไม่ใช่ผู้มีชื่อรับผลประโยชน์ดังกล่าวข้างต้น

สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

หนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์เกี่ยวกับการศพ

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี
 ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงฯ ลูกจ้างชั่วคราว อื่นๆ
ตำแหน่ง..... ระดับ..... สังกัดหน่วยงาน.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่..... หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ติดต่อ..... E-mail

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาไว้ต่อ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด ว่าหากข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอให้
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด จ่ายเงินสงเคราะห์เกี่ยวกับการศพที่ข้าพเจ้าพึงมีสิทธิตามระเบียบของสหกรณ์ฯ
ให้แก่บุคคลผู้มีรายชื่อตามลำดับก่อนหลังเพียงผู้เดียว ดังต่อไปนี้

1. นาย/นาง/น.ส. เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ติดต่อ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ
2. นาย/นาง/น.ส. เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ติดต่อ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ
3. นาย/นาง/น.ส. เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ติดต่อ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ

(ลงชื่อ)..... ผู้แสดงเจตนา
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)