

หลักฐานประกอบใบสมัคร

- สำเนาประชาชน
- สำเนาหน้าบัตรธนาคารกรุงไทย
- สำเนาเอกสารแสดงความเกี่ยวข้องพันกันระหว่างสมาชิกและผู้สมัคร

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย , นาง , น.ส.)นามสกุล.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ตั้งบ้านเรือนอยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

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

Email ได้ทราบข้อความในข้อบังคับและระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยสมาชิกสมทบของสหกรณ์

โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี (เกิดวันที่.....)

เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขหรือจ้างเหมาบริการ ตำแหน่ง.....

ฝ่าย.....สังกัด.....กรมอนามัย ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท

ข้อ 2 ข้าพเจ้าเป็นบุตรที่บรรลุนิติภาวะ/คู่สมรส/บิดา/มารดา ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์

กรมอนามัย จำกัด ชื่อ.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ระดับ.....งาน.....ฝ่าย.....

หน่วยงาน.....ส่วนราชการ.....ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท

โทรศัพท์.....

ข้อ 3 ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 4 ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกสมทบในชั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท (มูลค่าหุ้นละ 10 บาท) โดยจะนำส่งเป็นประจำภายในวันสิ้นเดือนของทุกเดือน

ข้อ 5 ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการสหกรณ์อนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกสมทบ พร้อมทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการกำหนด การชำระจำนวนเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้าจะนำส่งเป็นประจำตามเวลาที่สหกรณ์กำหนด

ข้อ 6 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ

ผู้สมัคร

(นาย / นาง / นางสาว.....)

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....

ตำแหน่ง.....ระดับ.....ฝ่าย.....ได้สอบสวนข้อความ

(นาย,นาง,นางสาว).....เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขหรือ
จ้างเหมาบริการ ซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่
กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ข้อ 49 และสมควรเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์นี้ได้

.....ผู้รับรอง
(นาย,นาง,นางสาว.....)

หมายเหตุ ข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ข้อ 49 คุณสมบัติสมาชิกสมทบ สมาชิกสมทบต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- (1) เป็นผู้เห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ และมีความสะดวกที่จะดำเนินธุรกิจกับสหกรณ์
- (2) เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งบรรลุนิติภาวะ และมีสัญชาติไทย
- (3) เป็นผู้มีความสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

ก. เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตรของสมาชิก หรือ

ข. เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือจ้างเหมาบริการ ของหน่วยงานในสังกัด
กรมอนามัย

(4) เป็นผู้ที่มีความประพฤติดีงาม

(5) เป็นผู้ที่จะปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ มติ และคำสั่งของสหกรณ์

(6) มิได้เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบ ในสหกรณ์ออมทรัพย์อื่น

ข้อ 51 ค่าธรรมเนียมแรกเข้า

ผู้เข้าเป็นสมาชิกต้องชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าให้สหกรณ์ คนละ 100.00 บาท

ค่าธรรมเนียมแรกเข้านี้ให้ถือเป็นรายได้ของสหกรณ์จะเรียกคืนไม่ได้

การถือหุ้น

ถือหุ้นกับสหกรณ์โดยชำระค่าหุ้นรายเดือน ๆ ละไม่น้อยกว่า 500.00 บาท ทั้งนี้ถือหุ้นได้

คนละไม่เกิน 500,000.00 บาท

หลักฐานแนบใบสมัคร

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนสมรสหรือสำเนาเอกสารแสดงความเกี่ยวพันกันระหว่างสมาชิกและผู้สมัคร

ทะเบียนสมาชิกสมทบ
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ประเภท สหกรณ์ออมทรัพย์

สถานที่ตั้งเลขที่ 88/22 ถนนติวานนท์ ซอยบำรุงราชมงคล ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....สัญชาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน

ตำแหน่ง.....สังกัด.....เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

หรือจ้างเหมาบริการ

หมายเลขโทรศัพท์.....สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย

ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

รับเข้าเป็นสมาชิกสมทบตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการในการประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....

วันที่.....ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรก วันที่.....

ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของสหกรณ์ ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน

ลายมือชื่อสมาชิก.....

ลายมือชื่อพยาน.....

ลายมือชื่อพยาน.....

รายการตำแหน่งและสังกัด

วันที่ ขณะแรกเข้า	ตำแหน่งและสังกัด	หมายเหตุ	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่

การออกจากสหกรณ์

ออกจากสหกรณ์เพราะเหตุ.....ลาออก /ให้ออก /ถึงแก่กรรม.....ตั้งแต่วันที่.....

ตามมติคณะกรรมการดำเนินการในการประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....

.....
กรรมการและเลขานุการ

หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง และหรือเงินอื่นใดของสมาชิกสมทบ

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ยินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง และหรือเงินอื่นใด
เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) เกี่ยวข้องเป็นบุตรที่บรรลุนิติภาวะ/
คู่สมรส/บิดา/มารดา ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด ชื่อ
สมาชิกเลขทะเบียนที่ ระดับ งาน ฝ่าย
หน่วยงาน ส่วนราชการ

เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขหรือจ้างเหมาบริการ ของหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัย
ตำแหน่ง ฝ่าย/งาน/กลุ่ม สำนัก/กอง/ศูนย์ กรมอนามัย
เพื่อการปฏิบัติ เรื่องการหักเงิน ณ ที่จ่ายของลูกจ้างที่เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ข้าพเจ้าขอแสดง
เจตนาโดยยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่จ่ายเงินเดือนในสังกัดของข้าพเจ้า รวมทั้งเงินอื่นใดอันพึงได้รับจากราชการ
และหรือจากสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด เพื่อนำส่งชำระหนี้ที่ข้าพเจ้าผูกพันกับทางสหกรณ์ฯ ในฐานะผู้กู้
และฐานะอื่นๆ ได้ทันที จนกว่าสหกรณ์จะได้รับการชำระหนี้โดยสิ้นเชิง และคำยินยอมนี้ถือเป็นเงื่อนไขของการอนุมัติ
ให้กู้เงิน หากประสงค์จะเพิกถอนความยินยอมในภายหลังจะต้องได้รับความยินยอมจากสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย
จำกัด เป็นหนังสือก่อนจึงจะเพิกถอนได้ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยานด้วย แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) ผู้ให้ความยินยอม
(นาย/นาง/นางสาว) (.....)
(ลงชื่อ) พยาน
(นาย/นาง/นางสาว) (.....)
(ลงชื่อ) พยาน
(นาย/นาง/นางสาว) (.....)

เขียนที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง การตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ผู้สมัครสมาชิกสมทบ
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด มีความประสงค์ขอแจ้งรายชื่อผู้รับโอนประโยชน์เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลง
ขอให้จ่ายเงินค่าหุ้น เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน เงินฝากทุกประเภท และผลประโยชน์อื่นทุกชนิดบรรดาที่ข้าพเจ้ามีอยู่
ในสหกรณ์ฯ นี้ หลังจากหักจำนวนเงินซึ่งต้องรับผิดชอบต่อสหกรณ์ฯ ออกแล้ว ให้แก่บุคคล ดังต่อไปนี้

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ขณะนี้ข้าพเจ้าพักอยู่ที่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่บ้าน).....
สถานที่ทำงาน (กอง/ศูนย์/สำนัก).....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าลายมือชื่อข้างบนนี้เป็นลายมือชื่อของ..... เป็นลายมือจริง

(นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....
ลายมือชื่อผู้รับรอง

(นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....
ลายมือชื่อผู้รับรอง



เลขทะเบียนสมาชิก.....

สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด
(แบบการให้ลูกค้าแสดงตน)

วันที่แสดงตน.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....วันเดือนปีเกิด.....เพศ.....

สถานภาพ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

ศาสนา.....อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานแสดงตนดังกล่าวมานั้น เป็นความจริงทุกประการ และได้แนบเอกสารตามที่
สหกรณ์ต้องการมาพร้อมด้วย จำนวน.....ฉบับ

ลายมือชื่อ.....ผู้ทำธุรกรรม
(.....)

สำเนาบัตรประชาชน

หมายเหตุ การแสดงตนนี้เป็นการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ. 2542 มาตรา 20
ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง วิธีการแสดงตนของลูกค้าสถาบันการเงิน และกฎกระทรวงฉบับที่ 6/2543
ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ. 2542