

หลักฐานประกอบใบสมัคร

- สำเนาประชาชน
- สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก
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..... เบอร์โทรศัพท์.....

Email..... ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ และขอให้ถือยศเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

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

ข้อ 2 ข้าพเจ้าเป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/ข้าราชการบำนาญ/พนักงานราชการ/เจ้าหน้าที่สหกรณ์

ทำงานในตำแหน่ง..... ระดับ..... งาน.....

ฝ่าย..... กอง/ศูนย์..... กรมอนามัย ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ..... บาท

รับราชการเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้อ 3 ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกในชั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อ

สหกรณ์ในอัตราเดือนละ..... บาท (ตัวอักษร)..... บาท

- อย่างน้อยต้องเป็นไปตามอัตราซึ่งกำหนดไว้ในข้อบังคับสหกรณ์ ข้อ 6

- เป็นสมาชิกสมบูรณ์ต่อเมื่อสหกรณ์ได้หักเงินค่าหุ้นเดือนแรกแล้ว

ข้อ 5 ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมดซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ ดังต่อไปนี้ (แสดงข้อความละเอียดของแต่ละรายการ คือ ชื่อและสำนักของเจ้าหนี้ จำนวนหนี้สินตั้งแต่แรก อัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อปี หลักประกันที่ให้ได้ จำนวนต้นเงินคงเหลือ จำนวนดอกเบี้ยค้างชำระ และเป็นหนี้สินเพื่อการใดให้ครบทุกรายการ

(1)

(2)

(3)

ข้อ 6 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินของสหกรณ์เพื่อชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังกล่าวในข้อ 5 เป็นจำนวน..... บาท

ในกรณีที่ไม่มีหนี้สินอยู่แต่ไม่ประสงค์ขอกู้เพื่อชำระหนี้สินนั้น หรือขอกู้น้อยกว่าจำนวนหนี้สิน นั้น ข้าพเจ้าขอชี้แจงเหตุผล ดังต่อไปนี้.....

ข้อ 7 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือนและจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่ายเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 8 ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกแนบมาพร้อมนี้แล้ว และจะชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าพร้อมด้วยเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับของสหกรณ์ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการจะได้กำหนด การชำระจำนวนเงินดังกล่าวนี้ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 7

ข้อ 9 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ

ผู้สมัคร

(นาย,นาง,นางสาว.....)

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....

ตำแหน่ง.....ระดับ.....ฝ่าย.....

ได้สอบสวนข้อความ ซึ่ง (นาย,นาง,นางสาว).....ผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัคร
เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ข้อ32 และสมควรเข้า
เป็นสมาชิกของสหกรณ์นี้ได้

.....ผู้รับรอง

(นาย,นาง,นางสาว.....)

ข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ข้อ 32 คุณสมบัติของสมาชิก สมาชิกต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- (1) เป็นผู้เห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์
- (2) เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งบรรลุนิติภาวะ และมีสัญชาติไทย
- (3) เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

ก. เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานราชการ หรือข้าราชการบำนาญ สังกัดกรมอนามัย หรือเป็นเจ้าของหน้าที่ของสหกรณ์นี้ หรือ

ข. เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานราชการ หรือข้าราชการบำนาญ ที่สังกัดกรมอนามัยที่ออกจากราชการโดยไม่มีควมผิด หรือ

ค. ผู้ซึ่งเคยเป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานราชการ หรือข้าราชการบำนาญ สังกัดกรมอนามัย หรือหน่วยงานที่เคยสังกัดกรมอนามัย ที่โอนหรือย้ายไปสังกัดส่วนราชการอื่น

- (4) เป็นผู้มีความประพฤติและนิสัยดีงาม
- (5) มิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์ออมทรัพย์อื่น

ข้อ 34 ค่าธรรมเนียมแรกเข้า ผู้เข้าเป็นสมาชิกจะต้องชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าให้แก่สหกรณ์คนละ 100 บาท ค่าธรรมเนียมแรกเข้านี้ให้ถือเป็นรายได้ของสหกรณ์จะเรียกคืนไม่ได้

ข้อ 6 การถือหุ้น

สมาชิกทุกคนต้องส่งค่าหุ้นตั้งแต่เดือนแรกเข้าเป็นสมาชิก เป็นรายเดือนตามอัตราส่วนของเงินได้รายเดือนของตน ดังต่อไปนี้

เงินได้รายเดือน (บาท)	การถือหุ้นรายเดือน (หุ้น)	(บาท)
ไม่เกิน 10,000.00	50	500.00
เกินกว่า 10,000.00 แต่ไม่เกิน 30,000.00	70	700.00
เกินกว่า 30,000.00	100	1,000.00

ถ้าสมาชิกประสงค์จะถือหุ้นรายเดือนในอัตราที่สูงกว่ากำหนดไว้ในระเบียบของสหกรณ์หรือจะขอซื้อหุ้นเพิ่มขึ้นอีก ให้แสดงความจำนงเป็นหนังสือต่อคณะกรรมการ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามประกาศของคณะกรรมการดำเนินการกำหนดและให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการ แต่จำนวนหุ้นทั้งหมดต้องไม่เกินหนึ่งในห้าของหุ้นที่ชำระแล้วทั้งหมด

สมาชิกจะโอนหรือถอนหุ้นในระหว่างที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ไม่ได้

หมายเหตุ

หลักฐานแนบใบสมัคร

1. หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใด
2. สำเนาบัตรประจำตัว

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

เรื่อง การตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ผู้สมัครสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด มีความประสงค์ขอแจ้งรายชื่อผู้รับโอนประโยชน์เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลง
ขอให้จ่ายเงินค่าหุ้น เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน เงินฝากทุกประเภท และผลประโยชน์อื่นทุกชนิดบรรดาที่ข้าพเจ้ามีอยู่ใน
สหกรณ์ฯ นี้ หลังจากที่ทำจำนวนเงินซึ่งต้องรับผิดชอบต่อสหกรณ์ฯ ออกแล้วให้แก่บุคคลดังต่อไปนี้

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

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาตามความประสงค์ของข้าพเจ้าด้วย

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าลายมือชื่อข้างบนนี้เป็นลายมือชื่อของ..... เป็นลายมือจริง

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

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

ทะเบียนสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ กรมอนามัย จำกัด

ประเภท สหกรณ์ออมทรัพย์

สถานที่ตั้งเลขที่ 88/22 ถนนติวานนท์ ซอยบำรุงราชนราดูร

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

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

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

จังหวัด..... รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ

ในการประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....

ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรก วันที่.....

ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอนาคตที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของสหกรณ์ทุกประการ
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน

ลายมือชื่อสมาชิก.....

ลายมือชื่อพยาน.....

ลายมือชื่อพยาน.....

รายการตำแหน่งและสังกัด

วันที่	ตำแหน่งและสังกัด	หมายเหตุ	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่
ขณะแรกเข้า			

การออกจากสหกรณ์

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

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

กรรมการและเลขานุการ

หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง บำเหน็จ บำนาญ กบข. กสจ. และหรือเงินอื่นใด

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ยินยอมให้หักเงินเดือนค่าจ้าง บำเหน็จ บำนาญ กบข. กสจ. และหรือเงินอื่นใด

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ผ่านผู้อำนวยการกองคลัง/)
อธิบดีกรมอนามัย (ผ่านผู้อำนวยการกองคลัง / ผู้อำนวยการศูนย์)
ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) เป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/
ข้าราชการบำนาญ/พนักงานราชการ/เจ้าหน้าที่สหกรณ์ ตำแหน่ง
ระดับ..... ฝ่าย/งาน/กลุ่ม สำนัก/กอง/ศูนย์
กรมอนามัย/สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/
และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด ทะเบียนสมาชิกเลขที่

เพื่อปฏิบัติให้เป็นไปตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0526.5/654 ลงวันที่ 10 เมษายน 2543 เรื่องการหักเงิน ณ ที่จ่ายของข้าราชการและลูกจ้างที่เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาโดยยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่จ่ายเงินเดือนในสังกัดของข้าพเจ้ารวมทั้งสังกัดใหม่ หากได้รับการแต่งตั้งไปดำรงตำแหน่งทุกตำแหน่ง หรือพ้นจากตำแหน่งโดยมีบำเหน็จ บำนาญ เงิน กบข. หักเงินเดือน เงินบำเหน็จ เงินบำนาญ เงินกบข. รวมทั้งเงินอื่นใดอันพึงได้รับจากราชการ และหรือจากสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด เพื่อนำส่งชำระหนี้ที่ข้าพเจ้าผูกพันกับทางสหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด ทั้งในฐานะผู้กู้ ผู้ค้ำประกัน และฐานะอื่นๆ ได้ทันที จนกว่าสหกรณ์จะได้รับการชำระหนี้โดยสิ้นเชิง และคำยินยอมนี้ถือเป็นเงื่อนไขของการอนุมัติให้กู้เงิน หากประสงค์จะเพิกถอนความยินยอมในภายหลังจะต้องได้รับความยินยอมจาก สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด เป็นหนังสือก่อน จึงจะเพิกถอนได้ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยานด้วย แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

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



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