

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

- รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชน อย่างละ 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนสมรสแบบไทย
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชน อย่างละ 1 ฉบับ (คู่สมรส)
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินเดือน ธ.กรุงไทย สาขาสุโขทัย-ลก
- สำเนาบัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน และสมุดบัญชีรับเงินค่าหุ้นสะสมหรือเงินอื่น ๆ ที่พึงได้ของสหกรณ์

เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

สมัครเป็นสมาชิกวันที่.....(วันที่รับเงินเดือน)

1.ปัจจุบันท่านเป็นสมาชิกสหกรณ์อื่นใดบ้างหรือไม่

เป็นสมาชิกที่.....เบอร์โทร.....

ไม่เป็น

2.ท่านโอนย้ายมาจากหน่วยงานสังกัดอื่นใดหรือไม่

ใช่ ที่.....เบอร์โทร.....

ไม่

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสุโขทัย จำกัด

เขียนที่ โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสุโขทัย จำกัด

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....ตั้งบ้านเรือนอยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ได้ทราบข้อความในร่าง

ข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ใน

ฐานะเป็นผู้เข้าซื้อจดทะเบียนสหกรณ์ และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี (วัน-เดือน-ปีเกิด.....)

2. ข้าพเจ้าบรรจุเป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ลูกจ้างชั่วคราว จ้างเหมาบริการบุคคลธรรมดา และทำงานประจำในตำแหน่ง.....

แผนก/หอผู้ป่วย.....เบอร์โทร(ที่ทำงาน).....เบอร์โทร(มือถือ).....

กอง.....กรม.....รับเงินได้รายเดือน (เงินเดือนและเงินเพิ่มที่จ่ายควบกับเงินเดือน

เมื่อหักเงินสะสมสำหรับข้าราชการออกแล้ว).....บาท

3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

4. ข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตรา

เดือนละ.....บาท % (มูลค่าหุ้นละ 10.- บาท)

มติที่ประชุม อนุมัติ ไม่อนุมัติ

มีผลวันที่ประชุม.....

ผ่านการตรวจสอบ

วันที่.....

ประธานอนุกรรมการ.....

อนุกรรมการ.....

อนุกรรมการ.....

5. ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมดซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังต่อไปนี้ แสดงข้อความละเอียดของแต่ละราย คือชื่อและสำนักงานของเจ้าหนี้ วันเป็นหนี้ จำนวนหนี้สินตั้งแต่แรกอัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อปี หลักประกันที่ให้ไว้ จำนวนต้นเงินคงเหลือ จำนวนดอกเบี้ยค้างชำระและ เป็นหนี้สินเพื่อการใด ให้ครบทุกรายการ

(1).....

(2)

อย่างน้อยต้องเป็นไปตามอัตราที่กำหนดไว้ในหนังสือชี้ชวน แต่ถ้าจะแสดงความจำนงสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ก็ ย่อมเป็นการดี

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินของสหกรณ์เพื่อชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ ดังกล่าวในข้อ 5 นั้น เป็นจำนวน.....บาท

ในกรณีที่หนี้สินอยู่ แต่ไม่ประสงค์ขอกู้เพื่อชำระหนี้สินนั้น หรือขอกู้น้อยกว่าจำนวนหนี้สินนั้น ข้าพเจ้าขอชี้แจง เหตุผล ดังต่อไปนี้.....

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือน ของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือนและจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งสหกรณ์นั้นจากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่ายเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 8. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะผู้จัดตั้งสหกรณ์ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้และเมื่อได้จดทะเบียนสหกรณ์นี้ ขึ้นแล้ว ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ ให้เสร็จภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระจำนวนเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ ปฏิบัติตามความในข้อ 7 ด้วย

ข้อ 9. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการและมติของสหกรณ์ทุกประการ

ลงชื่อผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่ โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัดโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้าและตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความ ซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริงทุกประการทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในร่าง ข้อบังคับของสหกรณ์ ข้อ 4 และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ที่จะตั้งขึ้นได้

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

ผู้รับรอง

หนังสือให้ความยินยอมของสามี/ภรรยาของสมาชิกสหกรณ์
สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสุโขทัย จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ยินยอมให้.....
สมาชิกเลขทะเบียนที่.....ซึ่งเป็นสามี /ภรรยา (ขีดฆ่าคำที่ไม่ใช่ออก) ของข้าพเจ้าทำนิติกรรม อันเป็นการ
จัดการสินสมรสของข้าพเจ้าและคู่สมรส กับสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสุโขทัย จำกัด ทั้งที่ได้ทำไว้แล้ว
และหรือที่จะทำขึ้นในวันหนึ่งวันใดภายหน้าได้ตลอดไปจนกว่าข้าพเจ้าจะบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์

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

หมายเหตุ

1. ให้คู่สมรสของสมาชิกที่ทำนิติกรรมกับสหกรณ์ ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2519 เป็นต้นมา ให้ความยินยอมเป็นหนังสือด้วย (สมาชิกผู้ทำนิติกรรมกับสหกรณ์ถ้าได้สมรสโดยชอบด้วยกฎหมายก่อน วันที่ 16 ตุลาคม 2519 และเป็นผู้มีอำนาจการจัดการสินบริคณห์ของคู่สมรสอยู่แล้วก่อนวันที่ 16 ตุลาคม 2519 ทั้งถือได้ว่าเป็นผู้จัดการสินบริคณห์แต่ฝ่ายเดียว ก็ให้ถือว่าคู่สมรสของสมาชิกนั้น ได้ยินยอมให้สมาชิกจัดการสินสมรสแล้วโดยไม่จำเป็นต้องทำหนังสือให้ความยินยอมอีก เว้นแต่ คู่สมรสจะได้บอกเลิก
2. ถ้าผู้ให้ความยินยอมพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือแทนการลงชื่อ จะต้องมีการพยานรับรองลายพิมพ์นิ้วมือหัวแม่มืออย่างน้อย 2 คน และพยานนี้จะพิมพ์ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือแทนการลงชื่อไม่ได้ การพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือต้องทำต่อหน้าพยาน
3. พยานควรเป็นสมาชิกของสหกรณ์เดียวกัน

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินค่าหุ้นสะสมหรือเงินอื่น ๆ ที่พึงได้ของสหกรณ์
(กรณีสมาชิกถึงแก่ความตาย)

เขียนที่ โรงพยาบาลสุโขทัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสุโขทัย จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....ขอแสดงเจตนาระบุ
ตัวผู้รับเงินค่าหุ้นสะสม หรือเงินอื่น ๆ ที่พึงได้ของสหกรณ์ โดยหนังสือฉบับนี้ว่าในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย
ในระหว่างที่เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสุโขทัย จำกัด ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินดังกล่าวข้างต้น
ให้แก่.....

เกี่ยวข้องเป็น.....มีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....

ลงชื่อ ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

บันทึกการเปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินค่าหุ้นสะสมหรือเงินอื่น ๆ ที่พึงได้ลงวันที่.....
เดือน.....พ.ศ.....โดยขอแสดงเจตนาใหม่ให้.....

เกี่ยวข้องเป็น.....มีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....

ลงชื่อ ผู้แสดงเจตนา
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ กรอกข้อมูลแล้วส่งคืนเจ้าหน้าที่สหกรณ์เพื่อเก็บหลักฐาน

ทะเบียนสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสุโข-ลก จำกัด

สำนักงาน เลขที่ 1 ถนนทรายทอง 5 อ.สุโข-ลก จ.นราธิวาส 96120

ชื่อ..... อายุ ปี (วัน-เดือน-ปีเกิด.....)

1. สัญชาติ
2. ที่อยู่ บ้านเลขที่ ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด
3. ขณะแรกเข้าดำรงตำแหน่ง แผนก/ฝ่าย
เบอร์โทรศัพท์(ฝ่าย)..... กอง..... สังกัดโรงพยาบาลสุโข-ลก
4. สหกรณ์รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ ครั้งที่.....
วันที่.....
5. ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และค่าหุ้นครั้งแรก วันที่

ข้าพเจ้าขอตกลงพินต้นในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับของสหกรณ์ทุกประการ

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ณ วันที่

ลายมือชื่อสมาชิก.....

ลายมือชื่อพยาน

6. วันที่ขาดจากสมาชิกภาพ
- มติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการครั้งที่ วันที่.....
- เหตุที่ขาดจากการเป็นสมาชิกภาพ.....