



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญ

สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครสวรรค์ จำกัด  
ทะเบียนเลขที่...../.....(สำหรับเจ้าหน้าที่)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....คู่สมรส.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกสามัญ โดยข้าพเจ้า (ทำเครื่องหมาย / ใน O ข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้น)

- เป็นสมาชิกสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครสวรรค์ จำกัด
- เป็นคู่สมรส สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครสวรรค์ จำกัด

ชื่อ-นามสกุล.....เลขสมาชิกสมาคมฯ.....เลขสมาชิกสหกรณ์.....

และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกสมาคมฯ นี้อยู่ก่อนแล้ว

โดย สังกัด (หน่วยงาน).....อำเภอ.....จ.นครสวรรค์

-ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

-ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

โดยให้สมาคมหักเก็บเงินสงเคราะห์กับ.....สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....

ผู้ที่ถูกระบุเป็นผู้รับเงินสงเคราะห์จะต้องเป็นบุคคลภายในข้อบังคับฯ ดังต่อไปนี้  
 (1) สามี, ภรรยา, บุตร, บิดา, มารดา (2) พี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน (3) พี่น้องร่วมบิดา หรือมารดาเดียวกัน (4) ปู่, ย่า, ตา, ยาย (5) ลุง, ป้า, น้า, อา  
 (6) ผู้อุปการะ หรือผู้อยู่ในอุปการะ ซึ่งต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้วย

ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้ .....

.....

.....

.....

.....

ของข้าพเจ้า เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์และจัดการศพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครสวรรค์ จำกัด โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามทุกประการ ข้าพเจ้าได้ยื่นขอมงชำระค่าสมัคร 50 บาท ค่าบำรุงปีละ 25 บาท

เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 500 บาท พร้อมได้ส่งเอกสารดังต่อไปนี้

- ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้สมัคร
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- รูปถ่ายของผู้สมัคร ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร      ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมให้หักเก็บเงิน  
(.....)      (.....)