



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกวิสามัญ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครสวรรค์ จำกัด

ทะเบียนเลขที่...../.....(สำหรับเจ้าหน้าที่)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

อายุ.....ปี..... สัญชาติ..... คู่สมรส.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกวิสามัญ โดยข้าพเจ้า (ทำเครื่องหมาย / ใน O ข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้น)

โดยข้าพเจ้าผู้สมัคร O เป็นบิดา O เป็นมารดา O เป็นบุตร ของสมาชิกสหกรณ์ฯ

ที่เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครสวรรค์ 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  
(2) สามี, ภรรยา, บุตร, บิดา, มารดา (2) ที่นั่งร่วมบิดา มารดาเดียว (3) ที่นั่งร่วมบิดา หรือมารดาเดียวกัน (4) ปู่, ย่า, ตา, ยาย (5) หลง, ป้า, น้า, อา  
(6) ผู้อุปการะ หรือผู้อยู่ในอุปการะซึ่งต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้วย

ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้.....ความเกี่ยวพันเป็น.....

.....ความเกี่ยวพันเป็น.....

.....ความเกี่ยวพันเป็น.....

.....ความเกี่ยวพันเป็น.....

ของข้าพเจ้า เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์และจัดการศพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครสวรรค์ จำกัด

โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามทุกประการ ข้าพเจ้าได้ยินยอมชำระค่าสมัคร 50 บาท ค่าบำรุงปีละ 25 บาท

เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 500 บาท พร้อมได้ส่งเอกสารดังต่อไปนี้

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร      ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมให้หักเก็บเงิน

(.....)      (.....)