



เลขที่.....วันที่.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....ปฏิบัติราชการอยู่ที่.....

อำเภอ.....จังหวัด.....ตำแหน่ง.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก.....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด และข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามกฎและระเบียบข้อบังคับ ของกฎและระเบียบว่าด้วยการเป็นสมาชิกของกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิก สหกรณ์นี้ โดยเคร่งครัดทุกประการ ข้าพเจ้าจึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... สมาชิกผู้สมัคร

ลงชื่อ..... สมาชิกผู้รับรอง

ลงชื่อ..... สมาชิกผู้รับรอง

ลงชื่อ..... กรรมการผู้รับรอง

หมายเหตุ เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลง หรือทุพพลภาพไร้ความสามารถที่จะปฏิบัติราชการในหน้าที่ได้ โดยทางราชการให้ออกจากราชการ นั้น

กรณีที่ข้าพเจ้ามีหนี้สินอยู่กับสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ฯ นำเงินค่าหุ้นและเงินกองทุนฯ

หักชำระหนี้ได้ทันทีโดยมิต้องบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่มีภาระหนี้สินอยู่กับสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้าขอมอบให้ผู้ที่มิรายชื่อต่อไปนี้เป็นผู้มารับเงินกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิกจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด

1. ชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3. ชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

(เฉพาะเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ)

ข้อความสมบูรณ์ถูกต้อง  บันทึกข้อมูลคอมพิวเตอร์แล้ว  ผู้ตรวจสอบ.....

มติที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2550 วันที่ 13 มกราคม 2551