



สมาชิกเลขที่.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด
ประเภทสมทบ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด

☐ กรณีที่ 1 เป็น ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ สามี ☐ ภรรยา ☐ บุตร ของสมาชิกสหกรณ์ฯ

ชื่อ-สกุล.....สมาชิกเลขที่.....

☐ กรณีที่ 2 เป็น ☐ เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ☐ เป็นพนักงานราชการ มาแล้ว.....ปี

☐ ลูกจ้างชั่วคราวเงินบำนาญรายเดือน ☐ เป็นลูกจ้างของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด

ข้าพเจ้าปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงานจริง.....

ได้รับเงินเดือนจำนวน.....บาท

1. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

2. ที่อยู่ทำงาน เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

3. ที่อยู่ติดต่อได้ (ส่งเอกสาร) ☐ ตามทะเบียนบ้าน ☐ ตามที่อยู่ทำงาน ☐ อื่น ๆ

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

ข้าพเจ้าได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ นี้โดยตลอดแล้ว เห็นชอบความมุ่งหมายของสหกรณ์ฯ จึงขอสมัคร
เข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการกักเงินอยู่ก่อน

ข้อ 2. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงค์เงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ฯ ในอัตรา
.....บาท (หุ้นละ 10 บาท) *สหกรณ์ฯ จะปรับการถือหุ้นตามประกาศของสหกรณ์ฯ*

☐ หักจากเงินได้รายเดือนของสมาชิกสมทบ (กรณีที่เจ้าหน้าที่การเงินของหน่วยงานสามารถนำส่งให้สหกรณ์ฯ ได้)

☐ หักจากบัญชีเงินฝากสหกรณ์ เลขที่.....

ข้อ 3. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอรับรองให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนเมื่อได้รับ
มอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือนและจำนวนเงินงวดชำระหนี้ (ถ้ามี) ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์ฯ นั้นจาก
เงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่าย เพื่อส่งต่อสหกรณ์ฯ ด้วย

ข้อ 4. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียน
สมาชิก ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า

ข้อ 5. ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ฯ ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิกผู้รับรองการสมัครสมาชิกสมทบ

.....
 (.....)
 สมาชิกเลขที่.....

.....
 (.....)
 สมาชิกเลขที่.....

เจ้าหน้าที่การเงินประจำหน่วยหักเงิน	คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
☐ ตรวจสอบแล้วมีเงินเพียงพอหักนำส่ง ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....) ตำแหน่ง.....	ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความ ซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์นี้ได้ ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....) ตำแหน่ง.....
เอกสารประกอบการสมัครสมาชิก	
1. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 2 ฉบับ 2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ 3. สำเนาสัญญาจ้าง จำนวน 1 ฉบับ 4. สลิปเงินเดือน (เดือนล่าสุด) จำนวน 1 ฉบับ 5. หนังสือแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์ จำนวน 1 ฉบับ 6. ใบคำขอเปิดบัญชีเงินฝาก จำนวน 1 ฉบับ 7. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ คนละ 1 ฉบับ 8. สำเนาบัตรประชาชนของพยาน คนละ 1 ฉบับ 9. หนังสือแสดงความยินยอม (Consent Form) จำนวน 1 ฉบับ 10. หนังสือยินยอมหักบัญชีเงินฝากสหกรณ์ (กรณีต้นสังกัดไม่หักนำส่ง) จำนวน 1 ฉบับ * รับรองสำเนาด้วยตนเอง **ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 200.-บาท (กรณีลาออกแล้วสมัครสมาชิกใหม่ มีค่าธรรมเนียมแรกเข้าครั้งใหม่ คนละ 2,000.-บาท)	

สำหรับเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง	หัวหน้า/รองผู้จัดการ	ผู้จัดการ
☐ ได้ตรวจสอบเอกสารแล้ว มีเอกสารครบถ้วนสมบูรณ์ (ลงชื่อ)...../...../.....	☐ มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เห็นสมควรรับเข้าเป็นสมาชิก (ลงชื่อ)...../...../.....	☐ รับทราบ ☐ เห็นควรนำรายชื่อเสนอที่ประชุม คณะกรรมการดำเนินการ (ลงชื่อ)...../...../.....
มติคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่..... ในการประชุมครั้งที่.....วันที่..... ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ		

หนังสือแสดงความยินยอม (Consent Form)
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ยินยอมให้

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด เก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า
สำหรับให้สหกรณ์ฯ ตรวจสอบประวัติส่วนบุคคล ของข้าพเจ้าไปยังบุคคล และ/หรือ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
เพื่อประกอบการพิจารณารับเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด โดยข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผย
ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ ที่ผู้สมัครได้กรอกในใบสมัครของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด เช่น
วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ เลขประจำตัวประชาชน หมายเลขโทรศัพท์ เป็นต้น

2. ข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ ในเอกสารหรือหลักฐานที่ผู้สมัครได้ส่งให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย
จำกัด ทุกช่องทางการสื่อสาร เช่น จดหมายทางไปรษณีย์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดเกี่ยวกับหนังสือนี้ และได้รับคำอธิบายจากสหกรณ์ฯ
ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย (“ประมวล”) ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และสหกรณ์ฯ ได้แจ้งให้
ข้าพเจ้าทราบแล้วว่า ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมี
สัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับสหกรณ์ฯ ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ : ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการของผู้ให้ความยินยอม
ไปพร้อมกับหนังสือฉบับนี้

หลักฐานประกอบการยื่นหนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้แต่งตั้งฯ พร้อมรับรองสำเนาด้วยตนเอง 1 ฉบับ

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับโอนประโยชน์(พินัยกรรม) พร้อมรับรองสำเนาด้วยตนเอง 1 ฉบับ

☐ สำเนาบัตรประชาชนพยาน พร้อมรับรองสำเนาด้วยตนเอง 1 ฉบับ



รับที่...../.....

วันที่.....

เวลา.....

หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ (พินัยกรรม) และกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิก

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
 ปัจจุบันอายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทร.....เลขที่สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ.....
 ออกให้ ณ.....วันที่ออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
 สถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 ซึ่งเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

ขอใช้สิทธิและแจ้งความจำนงค์ต่อสหกรณ์ ฯ ซึ่ง ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกอยู่นี้เพื่อขอทำการแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์ บุคคลเดียวหรือหลายคน ดังความที่ระบุไว้ในข้อบังคับข้อที่ 38 แห่งข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด โดยให้บุคคลที่ข้าพเจ้าได้ทำการแต่งตั้งนี้ มีสถานภาพเช่นเดียวกับผู้รับมรดก โดยพินัยกรรมตามนัยกฎหมายลักษณะมรดก แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้คือ

ข้อ 1. หากข้าพเจ้าหมดสมาชิกภาพจากการเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด ด้วยเหตุแห่งความตายของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าให้สิทธิแก่สหกรณ์ซึ่งข้าพเจ้าเป็นสมาชิกอยู่นี้เป็นผู้ดำเนินการจัดการทรัพย์สิน หรือผลประโยชน์ต่าง ๆ เช่น เงินค่าหุ้น, เงินรับฝาก, เงินปันผล-เฉลี่ยคืน, กองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิกและหรือ ผลประโยชน์ต่างใด ๆ อันข้าพเจ้าพึงมีพึงได้จากสหกรณ์และสหกรณ์ฯ มีหน้าที่ต้องชำระคืนแก่กองมรดกของข้าพเจ้า ให้สหกรณ์ฯ เป็นเป็นผู้ดำเนินการหักเงินหรือสิทธิประโยชน์ดังกล่าวออกจากบรรดาหนี้สินหรือภาระผูกพันอื่นใดตามกฎหมาย อันข้าพเจ้าหรือกองมรดกของข้าพเจ้ามีภาระต้องชำระคืนแก่สหกรณ์ จนบรรดาเงินหรือสิทธิประโยชน์ของข้าพเจ้าเหลือจำนวน สุทธิเพียงใดแล้ว ให้สหกรณ์ฯ เป็นผู้ทำการมอบแก่บุคคลตามสัดส่วนที่ข้าพเจ้าได้ทำการแต่งตั้งและหรือระบุไว้ในข้อ 2 ของ หนังสือนี้

ข้อ 2. เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายไปแล้ว ขอให้สหกรณ์ฯ จ่ายเงินค่าหุ้น, เงินปันผล-เฉลี่ยคืน, เงินฝาก, กองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิกและรวมทั้งบรรดาทรัพย์สินอื่นใดที่พึงได้รับตามสิทธิของการเป็นสมาชิกแล้วแต่ในกรณีใด ให้แก่ผู้รับโอนประโยชน์ที่เป็นทายาทโดยธรรม(บุตร, บิดา, มารดาของสมาชิกเท่านั้น) และคู่สมรส ดังต่อไปนี้

2.1 เงินค่าหุ้น ต้องเป็นทายาทโดยธรรม(บุตร, บิดา, มารดา ของสมาชิกเท่านั้น) และคู่สมรส
เว้นแต่สมาชิกไม่มีทายาทโดยธรรมจึงจะเป็นบุคคลอื่นได้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	เกี่ยวข้องเป็น	อัตราส่วน	ที่อยู่
1				
2				
3				
4				

2.2 เงินฝาก

ลำดับที่	ประเภทเงินฝาก	ชื่อ-นามสกุล	เกี่ยวข้องเป็น	อัตราส่วน	ที่อยู่
1					
2					
3					
4					

2.3 เงินสวัสดิการกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิก

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	เกี่ยวข้องเป็น	อัตราส่วน	ที่อยู่
1				
2				
3				
4				

2.4 เงินผลประโยชน์ต่าง ๆ เงินปันผล-เฉลี่ยคืนและเงินอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	เกี่ยวข้องเป็น	อัตราส่วน	ที่อยู่
1				
2				
3				
4				

ข้อ 3. การแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์หรือทายาทตามหนังสือนี้ ข้าพเจ้าสงวนสิทธิในอันที่จะดำเนินการยกเลิกเพิกถอน หรือดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างใด ๆ ก็ได้ ทั้งนี้การยกเลิก เพิกถอน หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างใด ๆ นั้น ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มาแจ้งความประสงค์โดยทำหนังสือไว้กับสหกรณ์ฯ ด้วยตนเองทุกครั้งไป

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะเมื่อข้าพเจ้าได้ทำหนังสือนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดี มิได้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่เป็นบุคคลล้มละลายหรือมีหนี้สินล้นพ้นตัว มิได้ถูกผู้หนึ่งผู้ใดบังคับขู่เข็ญหรือล่อลวงให้ทำหนังสือนี้ ข้าพเจ้าได้ทำความเข้าใจเนื้อหาความในหนังสือนี้เป็นอย่างดีตามความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานทั้งสอง และพยานทั้งสองก็ได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าในขณะเดียวกัน

กรณีที่มีการแสดงเจตนาในหนังสือฉบับอื่นที่ทำไว้ก่อนหน้านั้นขัดหรือแย้งกับข้อความในหนังสือฉบับนี้ ให้ใช้ข้อความแสดงเจตนาในฉบับนี้แทน

(ลงชื่อ).....ผู้แต่งตั้งฯ (ผู้ทำพินัยกรรม)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....(พยาน 1) และ ข้าพเจ้า.....(พยาน 2)

พยานในพินัยกรรมฉบับนี้ ขอรับรองว่าผู้ทำพินัยกรรมได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ นิ้ว.....ข้าง.....ต่อหน้าข้าพเจ้าทั้งสองในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีความเต็มใจในการทำพินัยกรรมนี้ และผู้ทำพินัยกรรมมิได้สำคัญผิดหรือถูกฉ้อฉล หรือถูกข่มขู่ไม่ว่าประการใด ๆ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าผู้ทำพินัยกรรม

(ลงชื่อ).....พยาน 1

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน 2

(.....)

หมายเหตุ การทำพินัยกรรม พยานต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้รับโอนประโยชน์ แม้เป็นคู่สมรสของผู้รับโอนประโยชน์ ก็ต้องห้ามเป็นพยานด้วย มิฉะนั้น ข้อกำหนดตามพินัยกรรมเป็นอันเสียไปตาม ป.แพ่ง มาตรา 1653 ต้องแบ่งมรดกให้แก่ทายาทโดยธรรมตาม ป.แพ่ง มาตรา 1629



เลขที่บัญชี

หนังสือเปิดบัญชีเงินฝากกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ถึงสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล.....สมาชิกเลขที่

ขอเปิดบัญชีเงินฝากในชื่อของข้าพเจ้าไว้กับสหกรณ์ประเภท

☐
☐

ออมทรัพย์

ออมทรัพย์พิเศษ

☐
☐

ออมทรัพย์ ATM

.....

จำนวนเงินที่เปิดบัญชี.....บาท (.....)

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....

ลงชื่อผู้เปิดบัญชี. X

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เงื่อนไขข้อกำหนด

☐

ผู้เปิดบัญชีถอนได้เพียงคนเดียว

☐

ผู้เปิดบัญชีและผู้มีรายชื่อดังต่อไปนี้

มีสิทธิถอนเงินเงื่อนไขลายเซ็น.....ใน.....

ตัวอย่างลายมือชื่อ

ข้าพเจ้าขอฝากเงินเป็นรายเดือนเดือนละบาท ตั้งแต่วันที่.....