



รูปถ่าย 1 นิ้ว

ใบสมัครสมาชิกสมทบ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....ได้รับทราบข้อความในข้อบังคับและระเบียบแห่งสหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำกัด โดยตลอดและเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ฯ
จึงขอสมัครเป็นสมาชิกโดยให้ข้อความอันเป็นจริง ดังนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าอายุ.....ปี เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่บัตรประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 หมู่เลือด.....

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติเป็นสมาชิกสมทบดังนี้

 เป็นญาติสายตรงของสมาชิก บิดา มารดา คู่สมรส บุตร เป็นข้าราชการ หรือ ลูกจ้างของกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัด

พระนครศรีอยุธยาและมีอายุเกิน 50 ปี

 เป็นอดีตข้าราชการ หรือ ลูกจ้างที่เคยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นบุคลากรในอัตราจ้างสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้อ 3. ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกสหกรณ์อื่นที่มีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบ จะขอส่งเงินค่าหุ้นแรกเข้าเป็นจำนวน.....บาท

และส่งเงินค่าหุ้นรายปี ปีต่อไปเป็นจำนวน.....บาท

ข้อ 5. ข้าพเจ้าสัญญาว่าถ้าคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบแล้วข้าพเจ้าจะลงลายมือ
ชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับพร้อมทั้งยินดีปฏิบัติตาม
ข้อบังคับระเบียบและมติที่ประชุมคณะกรรมการทุกประการ

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

หลักฐานการสมัคร

- สำเนาบัตรราชการหรือสำเนาบัตรประชาชน
ของสมาชิกสามัญและผู้สมัคร
- รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 1 ใบ
- หลักฐานที่ระบุคุณสมบัติในการสมัครตามข้อ 2
- หน้าสมุดบัญชีธนาคารเพื่อจ่ายปันผล
โทร. 0-3524-4683, 0-3535-2818

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



แบบแสดงความจำนงมอบสิทธิประโยชน์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า.....เลขสมาชิกสมทบ.....

ขอแสดงความจำนงว่า ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่กรรม สิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับทั้งหมดจากสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำกัด ขอให้มอบบุคคลผู้มีรายได้น้อยต่อไป

1.มีความสัมพันธ์เป็น
2.มีความสัมพันธ์เป็น
1.มีความสัมพันธ์เป็น
2.มีความสัมพันธ์เป็น
1.มีความสัมพันธ์เป็น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้แสดงความจำนง
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)