



ใบสมัครสมาชิกสามัญ

รูปถ่าย 1 นิ้ว

1

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินงานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

มือถือ.....ได้รับทราบข้อความในข้อบังคับและระเบียบแห่งสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข

พระนครศรีอยุธยา จำกัด โดยตลอดและเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ฯ จึงขอสมัครเป็นสมาชิกโดยให้ความเป็นจริงต่อหน้าผู้บังคับบัญชา ดังนี้

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

เลขที่บัตรประชาชน หมู่เลือด.....

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น ข้าราชการ บรรจุเมื่อ.....

ลูกจ้างประจำ บรรจุเมื่อ.....

พนักงานราชการ บรรจุเมื่อ.....

ตำแหน่ง..... ปฏิบัติงานที่ สังกัด สสจ.อยุธยา สสอ.....

รพ.....อัตราเงินเดือน.....บาท

ที่สังกัด สสจ.อยุธยา สสอ..... รพ.....

ข้อ 3. ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกสหกรณ์อื่นที่มีวัตถุประสงค์ในการกักเก็บเงิน

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอส่งเงิน ค่าหุ้นรายเดือน ต่อสหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....

(มูลค่าหุ้นละ 10 บาท) ถือตามอัตรากรณียกเว้นตามระเบียบสหกรณ์ฯ

ข้อ 5. ข้าพเจ้ายินยอม ให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ที่จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าหักเงินค่าหุ้นรายเดือน

และเงินงวดชำระหนี้ (กรณีหนี้เงินกู้กับสหกรณ์ฯ) ส่งให้สหกรณ์ฯ จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่าถ้าคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งชำระ

ค่าธรรมเนียมแรกเข้า และค่าหุ้นตาม ข้อบังคับพร้อมทั้งยินดีปฏิบัติตามข้อบังคับระเบียบและมติ

ที่ประชุมกรรมการทุกประการ

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

หลักฐานการสมัครสมาชิกสามัญ

1. สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประชาชน

2. รูปถ่าย 1" จำนวน 1 ใบ

3. สลิปเงินเดือนปัจจุบัน

4. ทะเบียนประวัติรับราชการ หรือ กพ.7 หรือ สัญญาจ้าง

5. ให้สมาชิกส่งใบสมัครภายในวันที่ 20 ของทุกเดือน

โทร. 0-3524-4683 0-3535-2818

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้ค่าหุ้น และหนี้ส่งให้สหกรณ์ฯ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... รับราชการ หรือลูกจ้างประจำใน

ตำแหน่ง..... สังกัด สสจ.พระนครศรีอยุธยา สสอ.

รพ. เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด

เลขทะเบียนสมาชิก..... มีความประสงค์ให้ส่วนราชการที่มีหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนข้าพเจ้า หักเงินและส่งให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด ซึ่งข้าพเจ้าเป็นสมาชิกอยู่จึงมีหนังสือยินยอมไว้กับส่วนราชการที่ดำเนินการจ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หักเงินเดือน ค่าจ้าง หรือเงินบำเหน็จบำนาญที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2. กรณีที่ข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ และได้บำเหน็จ หรือบำนาญ ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงินจากบำเหน็จ หรือบำนาญ ที่ข้าพเจ้าพึงได้จากทางราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด แจ่งและส่งเงินจำนวนดังกล่าวให้สหกรณ์ฯ แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำเหน็จ หรือบำนาญ ไม่ว่ากรณีใดเมื่อได้หักชำระหนี้ให้แก่ทางราชการแล้วถ้ายังมีเงินเหลืออยู่ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินจำนวนดังกล่าวส่งให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อ 4. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมทั้งหมดหรือบางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด

ข้อ 5. หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเองได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ มีข้อความตรงกัน โดยเก็บไว้ที่ส่วนราชการที่ทำหน้าที่จ่ายเงิน คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา หรือ รพ.เสนา หรือ รพ.พระนครศรีอยุธยา จำนวน 1 ฉบับที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด จำนวน 1 ฉบับ ไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด สสจ.พระนครศรีอยุธยา สสอ..... รพ.....

ขอรับรองว่าตามข้อความที่ผู้สมัครระบุไว้ในใบสมัคร เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

อัตราการถือหุ้นตามระเบียบสหกรณ์

อัตราเงินเดือน	จำนวนหุ้นขั้นต่ำต่อเดือน	จำนวนเงิน
ไม่เกิน 10,000 บาท	40 หุ้น	400
เกินกว่า 10,000 - 12,000 บาท	50 หุ้น	500
เกินกว่า 12,000 - 14,000 บาท	60 หุ้น	600
เกินกว่า 14,000 - 16,000 บาท	70 หุ้น	700
เกินกว่า 16,000 - 18,000 บาท	80 หุ้น	800
เกินกว่า 18,000 - 20,000 บาท	90 หุ้น	900
เกินกว่า 20,000 - 25,000 บาท	100 หุ้น	1,000
เกินกว่า 25,000 - 30,000 บาท	120 หุ้น	1,200
เกินกว่า 30,000 - 35,000 บาท	150 หุ้น	1,500
เกินกว่า 35,000 - 40,000 บาท	170 หุ้น	1,700
เกินกว่า 40,000 บาทขึ้นไป	200 หุ้น	2,000

ให้สมาชิกถือหุ้นแรกเข้า ตามอัตราเงินเดือนตามสลิปเงินเดือนปัจจุบัน

ตัวอย่างลายมือชื่อ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....

สังกัด สสจ./สสอ./รพ.....ขอให้ตัวอย่างลายมือชื่อไว้กับสหกรณ์ฯ 3 ตัวอย่าง ต่อหน้าพยานดังนี้

1.....

2.....

3.....

ลงชื่อ.....พยาน



แบบแสดงความจำนงมอบสิทธิประโยชน์

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรียน ประธานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า.....เลขสมาชิก.....

ตำแหน่ง.....สังกัด สสจ.พระนครศรีอยุธยา สสอ.....
 รพ.....

ขอแสดงความจำนงว่า ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลง สิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับทั้งหมดจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด ขอมอบให้กับบุคคลผู้มีรายชื่อต่อไปนี้

- 1.....ความสัมพันธ์เป็น.....
- 2.....ความสัมพันธ์เป็น.....
- 3.....ความสัมพันธ์เป็น.....
- 4.....ความสัมพันธ์เป็น.....
- 5.....ความสัมพันธ์เป็น.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แสดงความจำนง
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)