

คุณสมบัติผู้สมัครสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

1. เป็นผู้บรรดุนิติภาวะ
2. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
3. มีสุภาพสมบูรณ์แข็งแรง
4. มีอายุในวันสมัคร ไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์
5. มีภูมิลำเนาอยู่ใน จังหวัดพัทลุง หรือปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
6. ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด และคู่สมรส พนักงานหรือลูกจ้างสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด และคู่สมรส หรือลูกจ้างสมาคมฯ ปั้นกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด และคู่สมรส

เอกสารประกอบการสมัครสามารถนำไปปั้นกิจสังเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
 2. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
 3. ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล
 4. ค่าสมัคร 100 บาท ค่าบำรุงปีละ 50 บาท ค่าลงทะเบียน 300 บาท รวม 450 บาท
- หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามที่สมาคมฯ ปั้นกิจสังเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด หรือ
โทร. 0-7461-6167



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมอาชีวศึกษาและสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

เลขประจำตัวสมาชิก.....

เบียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

สัญชาติ..... ชื่อคู่สมรส..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์(มือถือ)..... อาชีพ.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมอาชีวศึกษาและสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด สถานที่ปฏิบัติงาน..... วันที่.....

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอนอบให้..... อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ซึ่งเป็น..... ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอนอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

1. ขอนอบให้..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... ซึ่งเป็น..... ของข้าพเจ้า เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์

2. ขอนอบให้..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... ซึ่งเป็น..... ของข้าพเจ้า เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์

3. ขอนอบให้..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... ซึ่งเป็น..... ของข้าพเจ้า เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว

ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

อื่น ๆ

ข้าพเจ้าได้อ่าน ระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมอาชีวศึกษาและสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขพัทลุง จำกัด โดยตลอด ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิก
สมาคมฯ เป็นกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสมาคมฯ เป็นกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด เลขประจำตัวสมาชิก.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฯ เป็นกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
(.....)

มติของคณะกรรมการ.....

ลงชื่อ.....
(.....)
นายกสมาคมฯ เป็นกิจสังเคราะห์

คำยินยอมให้หักชำระหนี้เงินกู้ สำหรับผู้ออมทรัพย์สาธารณะสุขพัทลุง จำกัด

เป็นที่ สมาคมฯ ปักกิ่งสังเคราะห์สนา ชิกสหกรณ์ ออมทรัพย์สาธารณะสุขพัทลุง จำกัด

วันที่ เดือน พ.ศ.

ตัวบัญชีเพจ้า 1.....

2.....

3.....

ทายาทผู้รับเงินสงเคราะห์ศพของนาย/นาง/นางสาว.....

สมาคมฯ ชิกสหกรณ์ ออมทรัพย์สาธารณะสุขพัทลุง จำกัด เลขทะเบียน..... มีความประสงค์
ให้สหกรณ์ ออมทรัพย์สาธารณะสุขพัทลุง จำกัด รับเงินสงเคราะห์ จากสมาคมฯ ปักกิ่งสังเคราะห์
สมาคมฯ ชิกสหกรณ์ ออมทรัพย์สาธารณะสุขพัทลุง จำกัด ตามที่สหกรณ์ฯ แจ้งข้อความเหลือของเงินกู้ทุก
สัญญา เพื่อตัดชำระหนี้ของ นาย/นาง/นางสาว.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม
(.....)

ทายาทผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม
(.....)

ทายาทผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม
(.....)

ทายาทผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ



หนังสือยินยอมให้ ส่วนราชการ/ หน่วยงาน หักเงินเดือน หรือ ค่าจ้าง
เพื่อชำระค่าบำรุงประจำปี และ เงินสงเคราะห์
สมาคมม้าปานกิจส่งเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรียน (1)

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี หมู่/โฉม.....

เลขหมายประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ปฏิบัติงานที่ (2).....

ตำแหน่ง..... ชื่อ คุณ..... คู่สมรส เป็นสมาคมม้าปานกิจส่งเคราะห์

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... มีความประสงค์ให้ส่วนราชการ/
หน่วยงาน หักเงินเดือน/ค่าจ้าง ของข้าพเจ้าและส่งให้สมาคมม้าปานกิจส่งเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
พัทลุง จำกัด จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับ (2)..... ตั้งนี้

ข้อ 1. ขึ้นยื่นให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หักเงินเดือน ค่าจ้าง ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ/หน่วยงาน
ตามจำนวนที่สมาคมม้าปานกิจส่งเคราะห์ฯ แจ้งให้หน่วยงานหักเงินชำระค่าบำรุงประจำปี หรือเงินสงเคราะห์ หรือทั้งค่า
บำรุงประจำปีและเงินสงเคราะห์ ให้สมาคมม้าปานกิจส่งเคราะห์ฯ

ข้อ 2. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมทั้งหมด
หรือบางส่วน จนกว่าข้าพเจ้าหมดสมาชิกภาพ ตามข้อมูลดังของสมาคมฯ

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้
ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนาณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ มีข้อความตรงกันฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่ (2).....
ฉบับที่สองเก็บไว้ที่สมาคมม้าปานกิจส่งเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

หมายเหตุ “(1)” หมายถึง หัวหน้าส่วนราชการ/หัวหน้าหน่วยงาน ตามจ.18 (กรณีเป็นข้าราชการ) / หัวหน้าหน่วยงานที่
ปฏิบัติงาน (กรณีลูกจ้าง)



หนังสือยินยอมให้ ส่วนราชการ/หน่วยงาน หักเงินเดือน หรือ ค่าจ้าง
เพื่อชำระค่าบำรุงประจำปี และ เงินสงเคราะห์
สมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์ สมาคมสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรียน (1)

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี หมู่/โฉม.....

เลขหมายประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ปฏิบัติงานที่ (2).....

ตำแหน่ง..... ชื่อ คณ教程/คู่สมรส เป็นสมาชิกสมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์
สมาคมสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... มีความประสงค์ให้ส่วนราชการ/
หน่วยงาน หักเงินเดือน/ค่าจ้าง ของข้าพเจ้าและส่งให้สมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์ สมาคมสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
พัทลุง จำกัด จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับ (2)..... ดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หักเงินเดือน ค่าจ้าง ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ/หน่วยงาน
ตามจำนวนที่สมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์ฯ แจ้งให้หน่วยงานหักเงินชำระค่าบำรุงประจำปี หรือเงินสงเคราะห์ หรือทั้งค่า
บำรุงประจำปีและเงินสงเคราะห์ ให้สมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์ฯ

ข้อ 2. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมทั้งหมด
หรือบางส่วน จนกว่าข้าพเจ้าหมดสมาชิกภาพ ตามข้อบังคับของสมาคมฯ

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้
ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนาณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ มีข้อความตรงกันฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่ (2).....
ฉบับที่สองเก็บไว้ที่สมาคมภายนอกกิจสังเคราะห์ สมาคมสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

หมายเหตุ “(1)” หมายถึง หัวหน้าส่วนราชการ/หัวหน้าหน่วยงาน ตามจ.18 (กรณีเป็นข้าราชการ)/หัวหน้าหน่วยงานที่
ปฏิบัติงาน (กรณีลูกจ้าง)

“(2)” หมายถึง ชื่อส่วนราชการ ตาม จ.18 (กรณีเป็นข้าราชการ) / ลักษณะงาน..... ว. ๑๒๗