

คุณสมบัติผู้มีครสมาชิกสมาคมปกป้องสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

1. เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ
2. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
3. มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
4. มีอายุในวันสมัคร ไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์
5. มีภูมิลำเนาอยู่ใน จังหวัดพัทลุง หรือปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
6. ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด และคู่สมรส, พนักงานหรือลูกจ้างสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด และคู่สมรส หรือลูกจ้างสมาคมปกป้องสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด และคู่สมรส

เอกสารประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมปกป้องสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
 2. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
 3. ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
 4. ค่าสมัคร 100 บาท ค่าบำรุงปีละ 50 บาท ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า 300 บาท รวม 450 บาท
- หากมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามที่สมาคมปกป้องสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด หรือ

โทร. 0-7461-6167



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมฉนวนกึ่งสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

เลขประจำตัวสมาชิก.....

เขียนที่.....

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.....
สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฉนวนกึ่งสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

1. ขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์
2. ขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์
3. ขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์

โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว

ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าได้อ่าน ระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมฉนวนกึ่งสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขพัทลุง จำกัด โดยตลอด ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)



หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิก
สมาคมพาณิชย์สภาหอการค้าสมาคมออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมพาณิชย์
สภาหอการค้าสมาคมออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด เลขประจำตัวสมาชิก.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมพาณิชย์สภาหอการค้าสมาคมออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

มติของคณะกรรมการ.....
.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
นายกสมาคมพาณิชย์สภาหอการค้า
...../...../.....

คำยินยอมให้หักชำระหนี้เงินกู้ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

เขียนที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า 1.....

2.....

3.....

ทนายท่ผู้รับเงินสงเคราะห์ศพของนาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสหกรณ์ออม
ทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด เลขทะเบียน.....มีความประสงค์ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด
รับเงินสงเคราะห์ จากสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด ตามที่สหกรณ์ฯแจ้ง
ยอดคงเหลือของเงินกู้ทุกสัญญา เพื่อตัดชำระหนี้ของ นาย/นาง/นางสาว.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ทนายท่ผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ทนายท่ผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ทนายท่ผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ



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

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรียน (1)

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี หมู่โลหิต.....
เลขหมายประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ปฏิบัติงานที่ (2).....

ตำแหน่ง.....ซึ่ง ตนเอง/ คู่สมรส เป็นสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....มีความประสงค์ให้ส่วนราชการ/
หน่วยงาน หักเงินเดือน/ค่าจ้าง ของข้าพเจ้าและส่งให้สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
พัทลุง จำกัด จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับ (2).....ดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หักเงินเดือน ค่าจ้าง ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ/หน่วยงาน
ตามจำนวนที่สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์ฯ แจ้งให้หน่วยงานหักเงินชำระค่าบำรุงประจำปี หรือเงินสงเคราะห์ หรือทั้งค่า
บำรุงประจำปีและเงินสงเคราะห์ ให้สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์ฯ

ข้อ 2. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมทั้งหมด
หรือบางส่วน จนกว่าข้าพเจ้าหมดสมาชิกภาพ ตามข้อบังคับของสมาคมฯ

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้
ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ มีข้อความตรงกันฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่ (2).....
ฉบับที่สองเก็บไว้ที่สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพัทลุง 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) / ชื่อหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน (กรณีลูกจ้าง)