

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีสมรส)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับโอนประโยชน์
6. สำเนาสลิปเงินเดือนเดือนล่าสุดของผู้สมัคร
7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย
8. สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้ง



สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการแพทย์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการแพทย์ จำกัด

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....บัตรประจำตัว

ประชาชนเลขที่ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของ สหกรณ์โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอ
สมัครเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ ประเภท ☐ สามัญ ☐ สมทบ และขอให้ถือยศคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี (เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

ข้อ 2 ข้าพเจ้าเป็น ☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ พนักงานของรัฐ ☐ พนักงานราชการ
☐ ลูกจ้างชั่วคราว ☐ อื่นๆ.....ในตำแหน่ง.....

ฝ่าย.....กอง.....โรงพยาบาล.....

สังกัดกรมการแพทย์ โทรศัพท์.....ได้รับเงินเดือน ๆ ละ.....บาท

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับคำสั่งบรรจุและแต่งตั้ง วันที่.....เดือน.....ปี.....

ข้อ 4 ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกในชั้นนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อ
สหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท (.....) (มูลค่าหุ้นละ 10 บาท)

ข้อ 6 ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมดซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ ดังต่อไปนี้ (แสดงข้อความละเอียด
ของแต่ละรายคือชื่อและสำนักของเจ้าหนี้ วันเป็นหนี้ จำนวนหนี้สินตั้งแต่แรก อัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อปี
หลักประกันที่ให้ไว้ จำนวนเงินต้นคงเหลือ จำนวนดอกเบี้ยค้างชำระ และเป็นหนี้สินเพื่อการใดให้ครบทุกราย)

1.

2.

3.

ข้อ 7 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินของสหกรณ์เพื่อชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังกล่าวในข้อ 5 เป็นจำนวนเงิน.....บาท

ในกรณีที่หนี้สินอยู่ แต่ไม่ประสงค์ขอกู้เพื่อชำระหนี้สินนั้น หรือขอกู้น้อยกว่าจำนวนหนี้สินนั้น ถ้าข้าพเจ้าขอชี้แจงเหตุผล ดังต่อไปนี้

ข้อ 8 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือนและจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้นจากเงินได้รายเดือนข้าพเจ้าเพื่อจ่ายเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 9 ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ ให้เสร็จภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนด การชำระจำนวนเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 7 ด้วย

ข้อ 10 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของสหกรณ์ทุกประการ

.....
(.....)

ลายเซ็นผู้สมัคร

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

(ไม่ต่ำกว่าระดับผู้อำนวยการกอง)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด..... ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....

เป็นเจ้าหน้าที่และปฏิบัติงานในสังกัด.....จริง และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ได้

.....
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
 (.....) (.....)

**หนังสือให้ความยินยอมคู่สมรส ของสมาชิกสหกรณ์
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการแพทย์ จำกัด**

เขียนที่.....

ข้าพเจ้า.....ยินยอมให้.....

สมาชิกเลขทะเบียนที่..... ซึ่งเป็น ☐สามี ☐ภรรยา ของข้าพเจ้า ทำนิติกรรมอันเป็นการจัดการ
สินสมรสของข้าพเจ้า และคู่สมรส กับสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการแพทย์ จำกัด ทั้งที่ได้ทำไว้แล้ว และ/หรือ
ที่จะทำขึ้นในวันหนึ่งวันใดภายหน้าได้ตลอดไป จนกว่าข้าพเจ้าจะบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์

ลงชื่อ.....คู่สมรส
(.....) ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....พยานและผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อ.....พยานและผู้รับรอง
(.....)

หมายเหตุ

1. ให้คู่สมรสของสมาชิกทำนิติกรรมกับสหกรณ์ ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2519 เป็นต้นมา ให้
ความยินยอมเป็นหนังสือด้วย (สมาชิกผู้ทำนิติกรรมกับสหกรณ์ถ้าได้สมรสโดยชอบด้วยกฎหมายก่อนวันที่
16 ตุลาคม 2519 และเป็นผู้มีอำนาจการจัดการสินบริคณห์ของคู่สมรสอยู่แล้วก่อนวันที่ 16 ตุลาคม 2519 ทั้ง
ถือได้ว่าเป็นผู้จัดการสินบริคณห์แต่ฝ่ายเดียว ก็ให้ถือว่าคู่สมรสของสมาชิกได้ยินยอมให้สมาชิกจัดการ
สมรสแล้ว โดยไม่จำเป็นต้องทำหนังสือให้ความยินยอมอีก เว้นแต่คู่สมรสจะได้บอกเลิก
2. ถ้าผู้ให้ความยินยอมพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงชื่อ จะต้องมิพยานรับรองลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือ
อย่างน้อย 2 คน และพยานนี้จะพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือแทนการลงชื่อไม่ได้ การพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือต้องทำ
ต่อหน้าพยาน
3. พยานควรเป็นสมาชิกของสหกรณ์เดียวกัน

ทะเบียนสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการแพทย์ จำกัด

ประเภท สหกรณ์ออมทรัพย์

สถานที่ตั้งเลขที่ 88/23 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ

ในการประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....

ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรก วันที่.....

ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของสหกรณ์
ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....สมาชิก

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

รายการเงินได้และเงินค่าหุ้นรายเดือน

วันที่ ชำระค่าหุ้น	เงินได้รายเดือน (บาท)	เงินประจำตำแหน่ง (บาท)	จำนวน หุ้น	มูลค่าหุ้น (บาท)	ค่าหุ้นที่ชำระแล้ว (บาท)	ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่

การออกจากสหกรณ์

ออกจากสหกรณ์เพราะเหตุ ☐ ลาออก ☐ ให้ออก ☐ ถึงแก่กรรม ตั้งแต่วันที่.....

ตามมติคณะกรรมการดำเนินการในการประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....