



เลขประจำตัวสมาชิก.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

- โปรดเขียนตัวบรรจงและให้ครบทุกช่อง
- เอกสารประกอบการสมัคร
- สำเนาบัตรข้าราชการ/บัตรประชาชน
  - สำเนาทะเบียนบ้าน
  - สำเนาเลขบัญชีธนาคารกรุงไทย
  - สำเนาสลิปเงินเดือนย้อนหลัง 1 เดือน
  - สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์ สกค.
  - แบบฟอร์มการเปิดบัญชีออมทรัพย์

เรียน ประธานกรรมการสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์สถานที่ทำงาน.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อก็ได้.....

ได้ทราบข้อความในร่างข้อบังคับสภกรณ์ฯ โดยตลอดและเห็นชอบตามวัตถุประสงค์ของสภกรณ์ฯ ในฐานะเป็นผู้มีชื่อตามบัญชีขอจดทะเบียนสภกรณ์ฯ และขอให้ถือถ้อยคำเป็นหลักฐานต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี (เกิดวันที่.....) หมู่โลหิต.....

สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่า/หม้าย จำนวนบุตร/ธิดา.....คน

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี .....

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น  ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ได้รับเงินเดือน.....บาท

เงินเดือนตั้งเบิกที่หน่วยงาน.....

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกสภกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการกู้เงิน

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกในครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสภกรณ์ฯ ในอัตรา

เดือนละ.....บาท(มูลค่าหุ้นละ 10 บาท) ถือหุ้นขั้นต่ำ 5% ของเงินเดือน แต่ไม่เกิน 5,000 บาท

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินรายได้ของ

ข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสภกรณ์ฯ โดยหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือน

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่าถ้าคณะกรรมการดำเนินการสภกรณ์ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าลงลายมือชื่อ

ในทะเบียนสมาชิกทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับของสภกรณ์ฯ ให้เสร็จภายใน

ระยะเวลาที่คณะกรรมการดำเนินการได้กำหนดการชำระเงินจำนวนดังกล่าว

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกจะปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ และมติของสภกรณ์ฯ ทุกประการ

หมายเหตุ  ไม่เคยเป็นสมาชิกสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด มาก่อน

เคยเป็นสมาชิกสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด (ลาออกเมื่อ.....)

เป็นสมาชิกสภกรณ์..... มีความประสงค์จะโอนสมาชิก โดยมีรายละเอียด ณ วันที่

..... คั้งนี้ หุ้นสะสม.....บาท หนี้เงินกู้.....บาท

(โดยให้แนบสำเนาใบเสร็จรับเงินของสภกรณ์เดิมด้วย)

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

\*\*ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด สามารถพิมพ์หรือถ่ายเอกสารได้\*\*

เขียนที่.....

วันที่.....

**คำรับรองจากผู้บังคับบัญชา**

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน.....ขอรับรองว่าความเห็นของข้าพเจ้าและตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวน  
ข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้ที่มีลักษณะถูกต้องตามกำหนดไว้ในร่าง  
ข้อบังคับสหกรณ์ฯ ข้อ 4 และสมัครเป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ ที่จะตั้งขึ้นได้

.....ผู้รับรอง

(.....)

**คำรับรองจากคู่สมรส**

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....อาชีพ.....

ตำแหน่ง.....ระดับ.....สังกัด.....เงินเดือน.....

เป็นสามี/ภรรยา ของ นาย/นาง.....ได้รับทราบข้อความตามใบสมัครนี้โดยตลอดแล้ว

ข้าพเจ้านุญาตให้ นาย / นาง .....เข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ และทำการต่าง ๆ ตามที่

กล่าวไว้ในใบสมัครทุกประการ ตลอดจนอนุญาตให้ทำนิติกรรมเกี่ยวกับเงินกู้และการไต่ และการค้ำประกันเงินกู้ของสมาชิกอื่นกับ  
สหกรณ์ฯ ได้ตลอดไปด้วย

.....สามี/ภรรยา

(.....)

.....พยาน

(.....)

**คำรับรองจากเจ้าหน้าที่การเงิน**

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด (สถานที่ทำงาน) .....ขอรับรองว่า นาย / นาง / นส.....

มีเงินเดือนตั้งเบิก ณ คลังจังหวัดลำปาง และสามารถเรียกเก็บเงินตามระเบียบและข้อบังคับของสหกรณ์ทุกประการ

.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม (สกก.)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสมัครเป็นสมาชิกสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....

สมาชิกสหกรณ์ฯ เลขที่.....ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ชื่อภรรยาหรือสามี.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรมของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด โดยข้าพเจ้าทราบและรับรองว่า จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์สวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม ที่ใช้ในปัจจุบันหรือแก้ไขเพิ่มเติมทุกประการ และยินยอมให้สหกรณ์ฯ สมาชิก เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลง ขอให้จ่ายเงินสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรมตามหลักเกณฑ์ของสหกรณ์ฯ ให้แก่

1 .....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

2 .....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

3 .....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาและสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด (ต้องไม่ใช่สามีหรือภรรยาของผู้สมัคร) ข้าพเจ้ารับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์สวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม มีความประพฤติเรียบร้อยสมควรรับไว้พิจารณาเป็นสมาชิก

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับรอง (ผู้บังคับบัญชา)

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับรอง (สมาชิกสหกรณ์)

(.....)

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้จัดการ

ได้บันทึกในคอมพิวเตอร์

แล้วและเป็นสมาชิกสมบูรณ์

เมื่อ

วันที่.....

(ลงชื่อ)

(.....)

เจ้าหน้าที่

เรียน ประธานกรรมการ

เห็นควรอนุมัติ

(ลงชื่อ)

(นางสาววรรณ อุบลศรี)

ผู้จัดการ

ความเห็นของประธานกรรมการ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ประธานกรรมการ

## หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้

## สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน (หัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัด) .....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ครอบครัว.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รับราชการสังกัด.....

ตำแหน่ง.....และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก

..... มีความประสงค์ให้ส่วนราชการหักเงิน และส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงิน เงินเดือน ค่าจ้าง หรือเงินบำนาญ ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด แจกในแต่ละเดือน และส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณีให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2. กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และได้รับบำเหน็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงินจากเงินบำเหน็จที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ ไม่ว่ากรณีใด เมื่อได้หักชำระหนี้แก่ทางราชการแล้ว(ถ้ามี) ยินยอมให้หักเงินส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อ 4. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมทั้งหมด หรือบางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือ จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง และได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับมีข้อความตรงกัน ฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่หน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้า ฉบับที่สองเก็บไว้กับข้าพเจ้า และข้าพเจ้าได้สำเนาให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ไว้เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

**หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน (หัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัด) .....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รับราชการสังกัด.....

ตำแหน่ง.....และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก

..... มีความประสงค์ให้ส่วนราชการหักเงิน และส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ที่ข้าพเจ้าเป็น

สมาชิก จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงิน เงินเดือน ค่าจ้าง หรือเงินบำนาญ ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด แจ้งในแต่ละเดือน และส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณีให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2. กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และได้รับบำเหน็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงินจากเงินบำเหน็จที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ ไม่ว่ากรณีใด เมื่อได้หักชำระหนี้แก่ทางราชการแล้ว(ถ้ามี) ยินยอมให้หักเงินส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อ 4. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมทั้งหมด หรือบางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือ จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง และได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับมีข้อความตรงกัน ฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่หน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้า ฉบับที่สองเก็บไว้กับข้าพเจ้า และข้าพเจ้าได้สำเนาให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ไว้เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)