



เลขประจำตัวสมาชิก.....

โปรดเขียนตัวบรรจงและให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบการสมัคร

- สำเนาบัตรข้าราชการ/บัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาเลขบัญชีธนาคารกรุงไทย
- สำเนาสลิปเงินเดือนย้อนหลัง 1 เดือน
- สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์ สตก.
- แบบฟอร์มการเปิดบัญชีออมทรัพย์

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

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 ในอัตราเดือนละ.....บาท(มูลค่าหุ้นละ 10 บาท) ถือหุ้นขั้นต่ำ 3% ของเงินเดือน แต่ไม่เกิน 5,000 บาท

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินรายได้ของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสภกรณ์ฯ โดยหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือน

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่าถ้าคณะกรรมการดำเนินการสภกรณ์ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับของสภกรณ์ฯ ให้เสร็จภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการดำเนินการได้กำหนดการชำระเงินจำนวนดังกล่าว

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 / นางเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ และทำการต่าง ๆ ตามที่
กล่าวไว้ในใบสมัครทุกประการ ตลอดจนอนุญาตให้ทำนิติกรรมเกี่ยวกับเงินกู้และการใด และการค้ำประกันเงินกู้ของสมาชิกอื่นกับ
สหกรณ์ฯ ได้ตลอดไปด้วย

.....สามี/ภรรยา
(.....)

.....พยาน
(.....)

คำรับรองจากเจ้าหน้าที่การเงิน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด (สถานที่ทำงาน)ขอรับรองว่า นาย / นาง / นส.....
มีเงินเดือนตั้งเบิก ณ คลังจังหวัดลำปาง และสามารถเรียกเก็บเงินตามระเบียบและข้อบังคับของสหกรณ์ทุกประการ

.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม (สคก.)

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.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด โดยข้าพเจ้าทราบและรับรองว่า จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์สวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรม ที่ใช้ในปัจจุบันหรือแก้ไขเพิ่มเติมทุกประการ และยินยอมให้สหกรณ์ฯ สมาชิก เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลง ขอให้จ่ายเงินสวัสดิการสงเคราะห์เพื่อครอบครัวสมาชิกผู้ถึงแก่กรรมตามหลักเกณฑ์ของสหกรณ์ฯ ให้แก่

1เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

2เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

3เกี่ยวข้องเป็น.....
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)

(นางลาวรรณ อุบลศรี)

ผู้จัดการ

ความเห็นของประธานกรรมการ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ประธานกรรมการ

**หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
 ต.รอก/ชอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อําเภอ/เขต.....จังหวัด.....รับราชการสังกัด.....
 ตำแหน่ง.....และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก
 มีความประสงค์ให้ส่วนราชการหักเงิน และส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ที่ข้าพเจ้าเป็น
 สมาชิก จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงิน เงินเดือน ค่าจ้าง หรือเงินบำนาญ ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามจำนวนที่
 สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด แจ้งในแต่ละเดือน และส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณีให้สหกรณ์
 ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2. กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และได้รับบำเหน็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงินจากเงิน
 บำเหน็จที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ ไม่ว่ากรณีใด เมื่อได้หักชำระหนี้แก่ทางราชการแล้ว(ถ้ามี) ยินยอม
 ให้หักเงินส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง 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 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

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 ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามจำนวนที่
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด แจ้งในแต่ละเดือน และส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณีให้สหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2. กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และได้รับบำเหน็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงินจากเงิน
บำเหน็จที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ ไม่ว่ากรณีใด เมื่อได้หักชำระหนี้แก่ทางราชการแล้ว(ถ้ามี) ยินยอม
ให้หักเงินส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง 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
(.....)