

มติที่ประชุมคณะกรรมการชุดที่.....

ครั้งที่.....วันที่.....



สมาชิกเลขที่.....

วันที่.....

ติดรูปถ่าย

1 นิ้ว 1 รูป

ใบสมัครเป็นสมาชิกสมทบ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด

ข้อมูลผู้สมัคร

1.ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....เลขบัตรประชาชน.....
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย
(กรณีสมรส ชื่อคู่สมรสโทรศัพท์.....)
เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ที่บ้าน.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
2.ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่บ้าน.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่บ้าน.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน

ประเภทสมาชิกสมทบ

☐ พนักงานราชการ ☐ ลูกจ้างชั่วคราว

ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

วันที่เข้าเริ่มเข้าปฏิบัติงาน.....

ปัจจุบันเงินเดือน บาท

การชำระค่าหุ้น

1.ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้ารายละ 50 บาท

2.ชำระค่าหุ้นแรกเข้าจำนวนไม่น้อยกว่า 500 บาท

3.ชำระค่าหุ้นรายเดือน.....บาท (มูลค่าหุ้นละ 10 บาท)

☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา

กรณีเป็นบุคคลในครอบครัวสมาชิก

ชื่อ- สurname ของสมาชิก.....

สมาชิกเลขที่

การชำระค่าหุ้น

1.ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้ารายละ 50 บาท

2.ชำระค่าหุ้นแรกเข้าจำนวนไม่น้อยกว่า 500 บาท และต้อง

ชำระค่าหุ้นอย่างน้อยปีละ 2,400 บาท แต่ไม่เกิน

ปีละ 6,000 บาท

ข้าพเจ้าขอให้อภัยค่าเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อื่นที่มีวัตถุประสงค์ในการกู้ยืมเงิน ข้าพเจ้าได้ทราบข้อความตามข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ และขอชำระค่าหุ้นรายเดือนไม่น้อยกว่าอัตราที่สหกรณ์กำหนด พร้อมนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือสหกรณ์ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ หรือเจ้าหน้าที่ผู้ซึ่งจ่ายเงินได้รายเดือนให้ข้าพเจ้าหักเงินเพื่อชำระค่าหุ้นรายเดือน หรือภาระหนี้ซึ่งข้าพเจ้าต้องชำระให้สหกรณ์ หรือให้หักจากเงินได้รายเดือนหรือจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าซึ่งสหกรณ์รับฝากไว้

2. ข้าพเจ้ายอมปฏิบัติตามมติคณะกรรมการดำเนินการ ประกาศ คำสั่ง ระเบียบ ข้อบังคับของสหกรณ์
ทุกประการ ทั้งในปัจจุบันและภายหน้า

3. หากข้าพเจ้าถึงแก่กรรมหากได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ อันพึงเกิดขึ้นจากการเป็นสมาชิกให้หักภาระหนี้
ซึ่งต้องชำระคืนแก่สหกรณ์ ส่วนที่เหลือให้จ่ายให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ ตามที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในหนังสือแต่งตั้งผู้
รับโอนประโยชน์

ข้าพเจ้าขอรับรองถ้อยคำที่ให้ไว้ต่อสหกรณ์ว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คำรับรองการสมัครเป็นสมาชิกสหภาพ	
กรณีเป็นพนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว คำรับรองของสมาชิกสามัญ ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....) สมาชิกเลขที่..... ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....) สมาชิกเลขที่..... ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา (.....) ตำแหน่ง.....	กรณีเป็นบุคคลในครอบครัวสมาชิก (รับสมัครตั้งแต่อายุ 20 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี) ข้าพเจ้าขอรับรองและยินยอมให้ผู้สมัครซึ่งเป็น ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ ปิตา ☐ มารดา สมัครเป็นสมาชิกสหภาพของสหกรณ์ ลงชื่อ.....สมาชิกรับรอง (.....) สมาชิกเลขที่.....

รายละเอียดเอกสารประกอบการสมัครสมาชิก	
1. เอกสารประกอบการสมัครสมาชิก	2. เอกสารที่ใช้แนบการสมัครสมาชิก
1.1 ใบสมัครสมาชิก	2.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 3 ฉบับ
1.2 หนังสือรับรองการปฏิบัติจากหน่วยงานต้นสังกัด	2.2 สำเนาทะเบียนบ้าน 3 ฉบับ
1.3 คำขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์	2.3 สลิปเงินเดือน เดือนปัจจุบัน 1 ฉบับ
1.4 หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือน	2.4 รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป
1.5 หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์	2.5 สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย 1 ฉบับ

	สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด	บัญชีเงินฝากเลขที่
	คำขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (สมาชิกสมักรใหม่)	เอกสารประกอบการเปิดบัญชี - สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สังกัด.....

ที่อยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

☐ เปิดบัญชีด้วยเงินสด

☐ เปิดบัญชีโดยหักจากเงินได้รายเดือน

จำนวน.....บาท (.....)

☐ มีความประสงค์ฝากรายเดือนโดยให้หักเงินจากเงินได้รายเดือน ๆ ละ จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีอำนาจในการถอนเงินฝาก หรือให้คำมั่นสัญญาเกี่ยวกับบัญชีที่เปิดขึ้นนี้ และข้าพเจ้าได้ให้
ตัวอย่างลายมือชื่อ ของข้าพเจ้าในหนังสือขอเปิดบัญชีนี้แล้ว

ตัวอย่างลายมือชื่อ ชื่อ-สกุล (เขียนด้วยลายมือตนเอง)	ตัวอย่างลายมือชื่อ ชื่อ-สกุล (เขียนด้วยลายมือตนเอง)
--	--

ข้าพเจ้ายินยอมผูกพัน และปฏิบัติตามข้อตกลงและเงื่อนไขการใช้บริการสหกรณ์อัตโนมัติ รวมถึงข้อบังคับ
ระเบียบและหลักเกณฑ์ที่สหกรณ์กำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเปิดบัญชี

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์	
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ (.....) วันที่.....	ลงชื่อ.....ผู้จัดการ/ผู้อนุมัติ (.....) วันที่.....

หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้ ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด ยื่นต่อส่วนราชการผู้เบิก

เขียนที่.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/
แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ปัจจุบันทำงาน
ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข

สกลนคร จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... มีความประสงค์ให้หน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่หักเงินและนำส่ง
เงินให้สหกรณ์ที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก จึงมีหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ไว้กับ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด ดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินของหน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือนหรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใด ที่
ข้าพเจ้าพึงได้รับจากหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่ ทั้งปัจจุบัน อนาคต ตามจำนวน ที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร
จำกัด ได้แจ้งไว้ในแต่ละเดือน เพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่นแล้วแต่กรณี ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร
จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2. กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นพนักงาน/ลูกจ้าง และได้รับเงินบำเหน็จ เงินบำนาญ เงินชดเชย
หรือเงินอื่นใด ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินของหน่วยงานที่ข้าพเจ้าเคยสังกัดอยู่ หักเงินจากเงินบำเหน็จ เงินบำนาญ
เงินชดเชย หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากหน่วยงานตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด ได้แจ้ง
และให้ส่งเงินจำนวนดังกล่าวนั้นให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกครั้ง

ข้อ 3. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำเหน็จ เงินบำนาญ หรือเงินอื่นใด ไม่ว่ากรณีใด เมื่อได้หักชำระหนี้
แก่ทางราชการแล้ว (ถ้ามี) ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าว ส่งชำระหนี้ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด
ก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อ 4. หนังสือยินยอมให้หักเงินตามข้อ 3 นี้ ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปและข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอน
การให้คำยินยอมนี้ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน จนกว่าข้าพเจ้าจะได้พ้นจากการเป็นสมาชิกของสหกรณ์หรือพ้นภาระหนี้สินที่
ข้าพเจ้ามีต่อสหกรณ์ เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด

ข้อ 5. ในกรณีที่ข้าพเจ้าต้องเปลี่ยนแปลงส่วนราชการที่สังกัด โดยโอนไปสังกัด ส่วนราชการอื่น
หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินของส่วนราชการ หรือ
หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใดแห่งหนึ่งที่ข้าพเจ้าโอนไปสังกัด มีอำนาจหักเงินเดือน ค่าจ้าง หรือเงิน
บำนาญ หรือเงินบำเหน็จ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิจะได้รับจากทางราชการ หน่วยงานของรัฐ หรือ
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แล้วแต่กรณี เพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร
จำกัด แทนข้าพเจ้าได้ทุกเดือน และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะถือปฏิบัติตามคำยินยอมในหนังสือฉบับนี้ทุกประการ เพียงแต่สหกรณ์
ได้มีหนังสือแจ้งให้ส่วนราชการ หรือให้หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่เพื่อดำเนินการ
ดังกล่าวข้างต้นแทนข้าพเจ้าก็เป็นการเพียงพอแล้ว

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้
ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

หนังสือนี้ทำขึ้น 3 ฉบับ มีข้อความตรงกัน ฉบับที่หนึ่งให้ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด
ฉบับที่สองเก็บไว้กับข้าพเจ้า และฉบับที่สามให้ไว้กับส่วนราชการที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่

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



แบบหนังสือแสดงผู้รับประโยชน์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด
เลขทะเบียนที่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่...../...../.....
ที่อยู่..... ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....

ขอแสดงเจตนารับผู้รับประโยชน์ในเงินค่าหุ้น เงินฝากเงินอื่นใดของข้าพเจ้า อันพึงจะเกิดขึ้นในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินดังกล่าวข้างต้นให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด ตามจำนวนที่ข้าพเจ้าเป็นหนี้อยู่ หากข้าพเจ้าไม่มีหนี้สินและมีเงินคงเหลือหลังจากหักหนี้สินจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด แล้ว ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินแก่บุคคล รวม.....คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. นาย / นางสาว /นาง เกี่ยวข้องเป็น.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชนเกิดวันที่...../...../.....
ที่อยู่ ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....
ให้รับจำนวน ส่วน / เปอร์เซ็นต์
2. นาย / นางสาว /นาง เกี่ยวข้องเป็น.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชนเกิดวันที่...../...../.....
ที่อยู่ ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....
ให้รับจำนวน ส่วน / เปอร์เซ็นต์
3. นาย / นางสาว /นาง เกี่ยวข้องเป็น.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชนเกิดวันที่...../...../.....
ที่อยู่ ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....
ให้รับจำนวน ส่วน / เปอร์เซ็นต์
4. นาย / นางสาว /นาง เกี่ยวข้องเป็น.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชนเกิดวันที่...../...../.....
ที่อยู่ ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....
ให้รับจำนวน ส่วน / เปอร์เซ็นต์

5. นาย / นางสาว /นาง เกี่ยวข้องเป็น.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน เกิดวันที่...../...../.....
ที่อยู่ ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....
ให้รับจำนวน ส่วน / เปอร์เซ็นต์
6. นาย / นางสาว /นาง เกี่ยวข้องเป็น.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน เกิดวันที่...../...../.....
ที่อยู่ ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....
ให้รับจำนวน ส่วน / เปอร์เซ็นต์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการกำหนดตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ของข้าพเจ้าได้กระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
ทุกประการ ทั้งนี้ ได้อ่านคำแนะนำการตั้งผู้รับโอนประโยชน์หนังสือฉบับนี้เป็นที่เข้าใจแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ สมาชิกผู้ตั้งโอนรับประโยชน์
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่สหกรณ์
(.....)

ลงชื่อ ผู้จัดการ
(.....)

หมายเหตุ ให้แนบเอกสารสำเนาบัตรประชาชนของสมาชิกและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์

หลักเกณฑ์การถือหุ้นรายเดือน

สมาชิกสามัญ

1. กรณีไม่มีหนี้

1.1 มีหุ้นสะสมไม่เกิน 1 ล้านบาท ให้ถือหุ้นตามเกณฑ์เงินได้รายเดือนดังนี้

เงินได้รายเดือน (บาท)	ถือหุ้นรายเดือน (บาท)
ไม่เกิน 14,000	500
14,001 ถึง 20,000	700
20,001 ถึง 30,000	1,000
30,001 ถึง 40,000	1,200
40,001 ขึ้นไป	1,300

สมาชิกสมทบ

1. สมาชิกสมทบในหน่วยงานให้ถือหุ้นได้ขั้นต่ำ 2,400 บาท สูงสุดไม่เกิน 4,800 บาท ต่อปี
หรือถือหุ้นขั้นต่ำ 200 บาท สูงสุดไม่เกิน 400 บาท ต่อเดือน

2. สมาชิกสมทบบุคคลในครอบครัวให้ถือหุ้นขั้นต่ำ 1,200 บาท สูงสุดไม่เกิน 4,800 บาท ต่อปี