หลักฐานประกอบการสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ทะเบียนสมรส/หย่า (ถ้ามี)
4. สลิปเงินเดือนย้อนหลัง 1 เดือน
5. สัญญาจ้าง
6. รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป

มติคณะกรรมการชุดที่ .....
ครั้งที่.....วันที่.....
เลขที่ทะเบียน.....
วันเป็นสมาชิก.....

รูปถ่าย
1 นิ้ว

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด

Kalasin Public Health Savings and Credit Cooperatives Limited.

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน .....เลขที่บัตรผู้เสียภาษี.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสจดทะเบียน ☐ สมรสไม่จดทะเบียน

ชื่อคู่สมรส.....☐ หย่า ☐ หม้าย

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (บ้าน).....โทรศัพท์มือถือ.....

e-mail address.....เป็นลูกจ้างชั่วคราว สังกัดสำนักงานสาธารณสุขกาฬสินธุ์

สถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท เริ่มปฏิบัติงานเมื่อ.....

ข้าพเจ้าได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด โดยตลอดแล้ว เห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์นี้ และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้ถูกลงโทษทางวินัย ไม่เป็นผู้ต้องโทษคดีอาญา และไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 3. ข้าพเจ้าสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการดำเนินการ เห็นสมควรรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบ ข้าพเจ้าจะชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าให้แก่สหกรณ์สามสิบบาท และถือหุ้นครั้งแรกเป็นจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งร้อยบาท และขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ฯ ในอัตราเดือนละ.....บาท

ข้อ 4. เมื่อข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบ จะปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ มติ และคำสั่งของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....) ตัวบรรจง

คำรับรองของเจ้าหน้าที่การเงิน

ขอรับรองว่าบุคคลนี้หน่วยงานต้นสังกัดสามารถหักเงินเดือนส่งให้สหกรณ์ได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด .....ขอรับรองว่า ตามความรู้ความเห็นชอบของข้าพเจ้าและตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในร่างข้อบังคับข้างบนนี้ เป็นความจริงทุกประการผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในร่างข้อบังคับของสหกรณ์ฯ ข้อ 100 และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ข้อ 100. คุณสมบัติของสมาชิกสมทบ สมาชิกสมทบต้องมีคุณสมบัติดังนี้

(1) เป็นผู้เห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์

(2) เป็นบุคคลธรรมดาและบรรลุนิติภาวะ

(3) เป็นลูกจ้างชั่วคราว สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่

3.1 แพทย์	3.10 นักกายภาพบำบัด
3.2 ทันตแพทย์	3.11 แพทย์แผนไทย
3.3 นักเทคนิคการแพทย์	3.12 เวชกิจฉุกเฉิน
3.4 เภสัชกร	3.13 เวชสถิติ
3.5 เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	3.14 เจ้าหน้าที่การเงิน
3.6 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	3.15 เจ้าพนักงานทันตาภิบาล
3.7 พยาบาล	3.16 นักโภชนาการ
3.8 เจ้าพนักงานรังสี	3.17 นักวิชาการสาธารณสุข
3.9 เจ้าพนักงานเทคนิคการแพทย์ (เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์)	3.18 เจ้าหน้าที่โสตทัศนูปกรณ์ทางการแพทย์

3.19 นักวิชาการคอมพิวเตอร์,เจ้าหน้าที่ระบบงานคอมพิวเตอร์

3.20 นักจัดการงานทั่วไป	3.21 นักทรัพยากรบุคคล
3.22 นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	

ได้รับการจ้างเข้าปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อย 6 เดือน

(4) ลูกจ้างชั่วคราวตำแหน่งอื่นซึ่งได้รับการจ้างเข้าปฏิบัติงานต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี และหน่วยงานต้นสังกัดจะต้องลงนามรับรองการหักเงินเดือนส่งให้สหกรณ์ได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

(5) เป็นผู้มีความประพฤติและนิสัยดีงาม

(6) มิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์ออมทรัพย์อื่นที่มีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 101. การเข้าเป็นสมาชิกสมทบ ผู้สมัครเป็นสมาชิกตามข้อบังคับ ต้องยื่นใบสมัครถึงสหกรณ์ตามแบบที่กำหนดไว้ โดยต้องมีผู้บังคับบัญชาของผู้สมัครในตำแหน่งไม่ต่ำกว่าผู้บังคับบัญชาขั้นต้นคนหนึ่งรับรอง

เมื่อคณะกรรมการดำเนินการได้สอบสวนพิจารณาเป็นที่พอใจว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อ 100. ทั้งเห็นเป็นการสมควรรับเข้าเป็นสมาชิกได้ ก็ให้แจ้งผู้สมัครนั้นลงลายมือชื่อของตนในทะเบียนสมาชิก กับชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และชำระค่าหุ้นตามจำนวนที่จะถือให้ครบถ้วน แล้วเสนอเรื่องการรับสมาชิกเข้าใหม่ให้ที่ประชุมคราวถัดไปทราบ

ถ้าคณะกรรมการดำเนินการไม่ยอมรับผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกด้วยเหตุใด ๆ เมื่อผู้สมัครร้องขอ ก็ให้คณะกรรมการดำเนินการนำเรื่องเสนอที่ประชุมใหญ่เพื่อวินิจฉัยชี้ขาด มติแห่งที่ประชุมใหญ่ให้รับเข้าเป็นสมาชิกในกรณีดังว่านี้ ให้ถือเสียงไม่น้อยกว่าสองในสามของสมาชิกหรือผู้แทนสมาชิกซึ่งมาประชุม

ข้อ 102. ค่าธรรมเนียมแรกเข้า ผู้เข้าเป็นสมาชิกสมทบจะต้องชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าให้แก่สหกรณ์คนละ 30 บาท ค่าธรรมเนียมแรกเข้านี้ให้ถือเป็นรายได้ของสหกรณ์จะเรียกคืนไม่ได้

ข้อ 103. สิทธิหน้าที่ในฐานะสมาชิกสมทบ ผู้เข้าเป็นสมาชิกสมทบต้องลงลายมือชื่อของตนในทะเบียนสมาชิกกับชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และค่าหุ้นตามจำนวนที่จะถือครบถ้วน เมื่อได้ปฏิบัติดังนี้แล้วจึงจะถือว่าได้สิทธิในฐานะสมาชิก

เลขที่รับ.....
วันที่.....

หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน .....

สมาชิก สอ.สธ.กส.จำกัด เลขทะเบียน.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ติดต่อได้สะดวก.....มือถือ.....ขอแสดงเจตนาตั้งผู้รับโอนประโยชน์ในเงินค่าหุ้น เงินรับฝาก เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืนดอกเบี้ย เงินสงเคราะห์และสวัสดิการต่าง ๆ รวมทั้งเงินสินไหมประกันชีวิตหรืออุบัติเหตุที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด ได้จัดทำร่วมกับบริษัทประกันภัย ตลอดจนทรัพย์สินหรือสิทธิประโยชน์อันใดซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับอยู่ในขณะนี้หรือพึงมีขึ้นในภายหน้าให้ไว้ต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด และให้บรรดาคำสั่งและหนังสือใด ๆ ที่ข้าพเจ้าได้ทำขึ้นก่อนหน้านี้เป็นอันสิ้นผลและถูกเพิกถอนโดยหนังสือฉบับนี้ทั้งหมด โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้ว ขอมอบให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด ตามภาระผูกพันธ์ที่มีต่อกัน ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคลผู้มีนามตามลำดับหรือเงื่อนไขท้ายหนังสือฉบับนี้

ที่	ชื่อ – สกุลและเลขประจำตัวประชาชน	ความสัมพันธ์	ที่อยู่ (โดยละเอียด)	ให้ได้รับ (ร้อยละ)
1	ชื่อ – สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน.....		ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....	
2	ชื่อ – สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน.....		ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....	
3	ชื่อ – สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน.....		ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....	

ข้อ 2 ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงไว้ด้วยว่า ถ้าการเพิกถอนหรือเปลี่ยนตัวผู้รับโอนประโยชน์ของข้าพเจ้ามิได้แสดงความจำนงเป็นหนังสือไว้ต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด ก็ขอให้ถือหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้เป็นสำคัญ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความข้างต้นโดยตลอดเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการและขอยืนยันว่าการตั้งผู้รับโอนประโยชน์ของข้าพเจ้าได้กระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานสองคนเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....ผู้ตั้งรับโอนประโยชน์

(.....)

ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อของ.....จริงและได้ระบุชื่อผู้รับโอนประโยชน์รวมทั้งลงลายมือข้างต้นไว้ต่อหน้าพยานในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มิได้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบแต่อย่างใด

<u>สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์</u>

ได้รับหนังสือและบันทึกไว้ในทะเบียนสมาชิกสหกรณ์แล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

(.....)

ทราบ

ลงชื่อ.....ผู้จัดการสหกรณ์

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง/สมาชิกเลขที่.....

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง/สมาชิกเลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้เขียน/พิมพ์

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> *โปรดปฏิบัติตามคำแนะนำด้านหลัง*

หมายเหตุ คำแนะนำ/ข้อพึงระมัดระวังในการตั้งผู้รับโอนประโยชน์

1. ต้องทำเป็นหนังสือตามแบบที่กำหนดลงวัน เดือน ปีในขณะที่ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์
2. ผู้ที่สามารถทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ได้ต้องมีอายุสิบห้าปีบริบูรณ์ขึ้นไป ไม่เป็นคนไร้ความสามารถ
3. ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์มีสิทธิกำหนดการเผื่อตายเกี่ยวกับทรัพย์สินที่อาจได้มาในอนาคตได้
4. ผู้รับโอนประโยชน์อาจเป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลก็ได้ โดยต้องระบุให้ชัดเจน
5. ถ้ามีการแบ่งแยกประโยชน์ให้บุคคลหลายคนก็ต้องระบุตัวทรัพย์ให้แน่นอนว่าประสงค์จะยกให้แก่บุคคลใด
6. ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ต้องลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน
7. ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์จะลงลายพิมพ์นิ้วมือแทนลงลายมือชื่อโดยมีพยานสองคนรับรองก็ได้ แต่จะใช้แกงไดหรือเครื่องหมายอื่นลงแทนไม่ได้
8. พยานในหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

    8.1 เป็นบุคคลที่บรรลุนิติภาวะแล้ว

    8.2 ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต หรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ

    8.3 ไม่เป็นบุคคลที่หูหนวก เป็นใบ้ หรือตาบอดทั้งสองข้าง

    8.4 ไม่เป็นผู้รับโอนประโยชน์

    การลงนามเป็นพยานนั้น จะกระทำได้ก็โดยลงลายมือชื่อเท่านั้น จะใช้พิมพ์ลายนิ้วมือหรือแกงไดหรือใช้ตราประทับไม่ได้

9. พยานสองคนนั้นต้องลงลายมือชื่อรับรองลายมือชื่อของผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ในขณะนั้น
10. ในกรณีที่มีการระบุจำนวนใด ๆ เอาไว้ ควรมีการวงเล็บจำนวนนั้นเป็นตัวหนังสือเพื่อความชัดเจนไว้ด้วย
11. กรณีมีการขูด ลบ ตก เติม แก้ไข เปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์นั้น ย่อมไม่สมบูรณ์เว้นแต่ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ได้ลงลายมือชื่อกำกับไว้ และพยานสองคนลงลายมือชื่อกำกับไว้ในฐานะพยานด้วย
12. ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอนประโยชน์ด้วย

หมายเหตุ 1. ในกรณีตั้งผู้รับโอนประโยชน์หลายคน และมิได้ระบุเงื่อนไขไว้เป็นอย่างอื่น ในหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ให้ถือว่าผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์ ประสงค์ให้ผู้รับประโยชน์เหล่านั้นมีสิทธิได้รับประโยชน์คนละเท่า ๆกัน

2. ให้ถือว่าหนังสือตั้งผู้รับประโยชน์ฉบับนี้มีผลยกเลิกหรือเพิกถอนหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับก่อนหน้านี้ทุกฉบับ (ถ้ามี)

3. การขูด ลบ ตก เติม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในหนังสือตั้งผู้รับประโยชน์จะต้องให้ผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์และพยานทั้งหมดลงลายมือชื่อกำกับไว้ด้วย