

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2560 เป็นต้นไป)

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนา สสท. พร้อมรับรองสำเนา
- 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน (ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธ.)



ใบสมัครสมาชิก

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.)

เลขทะเบียนสมาชิก กสธ.

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. เลขทะเบียนสมาชิก สสท. ที่..... สหกรณ์ออมทรัพย์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด กสธ.

เป็นสมาชิกสามัญ สสท. เป็นเจ้าหน้าที่ กสธ. เป็นเจ้าหน้าที่/คณะกรรมการ ชสอ.

เป็นสมาชิกสมทบ สสท. () คู่สมรส () บุตร

2. สถานที่ติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.)

4. การชำระเงินค่าสมัครและเบี้ยประกัน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรกเริ่มสมัคร เป็นเงิน.....บาท (ค่าสมัคร 100 บาท และเบี้ยประกัน.....บาท)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสธ. ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่ กสธ. หรือศูนย์ประสานงาน กสธ.

นำชำระเอง / โอนเข้าระบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี กองทุน

สวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขที่บัญชี 108-6-09065-9 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท (รหัสหน่วยงาน/ Company code : 92778)

ชำระจากเงินปันผล เจลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสท.

6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุน กสธ. ให้เจริญรุ่งเรืองยิ่งๆ ขึ้นไป

7. ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ เป็นต้น) ณ วันสมัคร ตามข้อบังคับ 9(2) หากข้าพเจ้ารู้แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กสธ. ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ กสธ. ตามข้อบังคับข้อ 14(1)(3) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว

เป็นสมาชิก สสท. ทะเบียนเลขที่.....จริง

()

เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธ.

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....กรรมการสหกรณ์เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(...นางนิกขา บุญญเขตต์.....)

ความเห็นของกรรมการกองทุนฯ พิจารณารับเป็นสมาชิก () ผู้สมัคร () ไม่อนุมัติ

อาศัยข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย พ.ศ. 2560 ข้อ 43 ตามมติที่ประชุมครั้งที่.....วันที่.....

ลงชื่อ.....ประธานกองทุนฯ / หรือผู้ได้รับมอบหมาย

(.....)

