

**สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด หลักฐานที่ยื่นเพื่อสมัครสมาชิกสหกรณ์ฯ**

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. รูปถ่ายของสมาชิก 1 นิ้ว ครึ่งตัวหน้าตรงไม่สวมหมวกหรือแว่นตาสีเข้ม | จำนวน 1 รูป  |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรข้าราชการ                        | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้าน  | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. เอกสารเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษขั้นต่ำ 100.00 บาท            | จำนวน 1 ชุด  |
| 5. สำเนาหน้าสมุดธนาคารกรุงไทย  | จำนวน 1 ฉบับ |

## สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... หน่วยงาน .....  
มีความประสงค์ขอสมัครสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด และขอให้ข้อมูลเพิ่มเติม  
ประกอบการพิจารณารับสมัครสมาชิก ดังนี้

1.บรรจุเข้ารับราชการครั้งที่ .....  
.....

2.ปัจจุบันทำงานอยู่ (หน่วยงาน) .....  
.....

3.ปัจจุบันเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ที่ใด (ถ้าเป็นสมาชิกโปรดระบุชื่อสหกรณ์ด้วย)

เป็นสมาชิก

1. ....

2. ....

ไม่เป็นสมาชิก  เคยเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ .....

ขอรับรองว่าข้อมูลด้านบน เป็นจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ ..... หัวหน้าหน่วยงาน

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

**ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก**  
**สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด**

---

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

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....บัตรประจำตัวประชาชน/  
ข้าราชการเลขที่.....วันออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....  
ที่อยู่ปัจจุบันตั้งบ้านเรือนอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์(บ้าน) -- โทรศัพท์มือถือ -

ที่อยู่สำหรับจัดส่งเอกสาร  ใ้ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ฯ จึงขอ  
สมัครเข้าเป็นสมาชิกในฐานะเป็นผู้เข้าชื่อขอจดทะเบียนสหกรณ์ และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

- ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี (เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)  
ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น  ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ  พนักงานราชการ

ตำแหน่งปัจจุบัน.....หน่วยงาน.....  
ได้รับเงินได้รายเดือน ๆ ละ.....บาท โทรศัพท์หน่วยงาน.....

- ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการกู้ยืมเงิน

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ในชั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อ  
สหกรณ์ในอัตราเดือนละ..... (มูลค่าหุ้น 10 บาท)

ข้อ 5. ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมดซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ ดังต่อไปนี้ (แสดงข้อความละเอียด  
ของแต่ละรายการ คือ ชื่อและสำนักของเจ้าหนี้ วันเป็นหนี้ จำนวนหนี้สินตั้งแต่แรก อัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อปี  
หลักประกันที่ให้ไว้ จำนวนต้นเงินคงเหลือ จำนวนดอกเบี้ยค้างชำระ และเป็นหนี้สินเพื่อการใดให้ครบทุกรายการ)

- (1).....  
.....  
(2).....  
.....

(โปรดพลิก)

อย่างน้อยต้องเป็นไปตามอัตราซึ่งกำหนดไว้ในหนังสือชี้ชวน แต่ถ้าจะแสดงความจำนงสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ก็ยอมเป็นการดี

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินสหกรณ์เพื่อชำระหนี้ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังกล่าวในข้อ 5. นั้น เป็นจำนวน.....บาท

ในกรณีที่หนี้สินอยู่แต่ไม่ประสงค์ขอกู้เพื่อชำระหนี้สินนั้น หรือขอกู้น้อยกว่าจำนวนหนี้สินนั้น ข้าพเจ้าขอชี้แจงเหตุผลดังต่อไปนี้

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้นำแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตรหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง หรือสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง หรือ เจ้าหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนหรือค่าจ้างรายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักจำนวนค่าหุ้นรายเดือน จำนวนเงินงวดชำระหนี้ของข้าพเจ้าที่ต้องส่งสหกรณ์นั้น และเงินอื่นแล้วแต่กรณีจากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์แทนข้าพเจ้าด้วย

ข้อ 8. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะผู้จัดตั้งสหกรณ์ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ และเมื่อได้จดทะเบียนสหกรณ์ขึ้นแล้ว ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ ให้เสร็จภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความใน ข้อ 4. ด้วย

ข้อ 9. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของสหกรณ์ทุกประการ

ขอรับรองว่ามีเงินพอหัก

( )

เจ้าหน้าที่การเงิน

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

### คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง .....

สังกัด.....ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่

ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัคร

เป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ข้อ 32 และ ข้อ 33 สมควรเข้าเป็นสมาชิกของ

สหกรณ์ที่จะตั้งขึ้นนี้ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด  
เป็นสหกรณ์ประเภทสหกรณ์ออมทรัพย์  
ที่ตั้งสำนักงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

ทะเบียนสมาชิก

ชื่อ.....อายุ.....ปีสมาชิกเลขทะเบียนที่.....  
เป็นสมาชิกโดยเป็นผู้ลงลายมือชื่อในบัญชีรายชื่อของผู้ซึ่งจะเป็นสมาชิกในการขอตระเบียนนี้ชำระค่าธรรมเนียม  
แรกเข้าและเงินค่าหุ้นครั้งแรก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ  
จึงได้ ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน

ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อ.....สมาชิก

ลายมือชื่อ.....พยาน

ลายมือชื่อ.....พยาน

รายการตำแหน่งและสังกัด

วันที่	ตำแหน่งและสังกัด	หมายเหตุ	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่

รายการเงินได้ การชำระหุ้นครั้งแรก การชำระหุ้นรายเดือน  
(หุ้นมีมูลค่าหุ้นละ 10 บาท)

วันที่	เงินได้รายเดือน	ชำระหุ้น ครั้งแรก(บาท)	ชำระค่าหุ้น รายเดือน	หมายเหตุ	ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่

# หนังสือผู้รับโอนประโยชน์ (สมาชิกสามัญ)

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

ข้าพเจ้า ..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร  
จำกัด เลขทะเบียนสมาชิกที่.....ขอแสดงเจตนาตั้งผู้รับโอนประโยชน์ในเรื่อง เงินค่า  
หุ้น เงินรับฝาก เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน เงินผลประโยชน์ หรือเงินอื่นใดบรรดาที่สมาชิกผู้ตายมีอยู่ในสหกรณ์  
ให้แก่ผู้รับโอนประโยชน์ที่ได้ตั้งไว้ ที่สหกรณ์ต้องจ่ายให้แก่ข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

1. ขอมอบให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ตามภาระผูกพันที่มีต่อกัน  
ส่วนที่เหลือขอมอบให้
2. .... ลายมือชื่อ.....  
เลขบัตรประชาชน.....เบอร์โทรศัพท์.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ..... สัดส่วน.....%
3. .... ลายมือชื่อ.....  
เลขบัตรประชาชน.....เบอร์โทรศัพท์.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ..... สัดส่วน.....%
4. .... ลายมือชื่อ.....  
เลขบัตรประชาชน.....เบอร์โทรศัพท์.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ..... สัดส่วน.....%
5. .... ลายมือชื่อ.....  
เลขบัตรประชาชน.....เบอร์โทรศัพท์.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ..... สัดส่วน.....%
6. .... ลายมือชื่อ.....  
เลขบัตรประชาชน.....เบอร์โทรศัพท์.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ..... สัดส่วน.....%

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงไว้ด้วยว่า ถ้าการเพิกถอนหรือเปลี่ยนตัวผู้รับโอนประโยชน์อันพึง  
จะได้รับจากสหกรณ์เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมไปแล้วมิได้ปฏิบัติให้เป็นไปตามระเบียบการ คือ มิได้แสดงความ  
จำนงเป็นหนังสือไว้ต่อคณะกรรมการดำเนินการของสหกรณ์ ก็ขอให้ถือหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้  
เป็นสำคัญ หรือถ้ามีเหตุสุดวิสัยที่ผู้รับโอนประโยชน์ตามหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ไม่อาจจะรับเงิน  
ได้ ก็ให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการดำเนินการของสหกรณ์จะพิจารณาจ่ายได้ตามที่เห็นสมควรและ  
เป็นธรรม

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงความจำนงตั้งผู้รับโอนประโยชน์

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

**หมายเหตุ** ในกรณีนี้สหกรณ์จะจ่ายเงินให้กับผู้รับโอนประโยชน์ได้ปฏิบัติตามข้อบังคับสหกรณ์ ข้อ 39 ,  
ข้อ 44 และข้อ 45

หนังสือให้ความยินยอมของสามี/ภรรยาของสมาชิกสหกรณ์  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

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

ข้าพเจ้า.....ยินยอมให้.....  
สมาชิกเลขทะเบียนที่.....ซึ่งเป็นสามี/ภรรยา (ขีดฆ่าคำที่ไม่ใช่ชื่อ) ของข้าพเจ้าทำนิติกรรม  
อันเป็นการจัดการสินสมรสของข้าพเจ้าและคู่สมรส กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ทั้งที่ได้ทำ  
ไว้แล้วและหรือที่จะทำขึ้นในวันหนึ่งวันใดในภายหน้าได้ตลอดไปจนกว่าข้าพเจ้าบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์

(ลงชื่อ).....สามี / ภรรยา ผู้ให้คำยินยอม  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยานและผู้รับรองลายนิ้วมือ  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยานและผู้รับรองลายนิ้วมือ  
(.....)

**หมายเหตุ**

1. ให้คู่สมรสของสมาชิกสมทบที่ทำนิติกรรมกับสหกรณ์ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2519 เป็นต้น  
มาให้ความยินยอมเป็นหนังสือด้วย (สมาชิกผู้ทำนิติกรรมกับสหกรณ์ถ้าได้สมรสโดยชอบด้วยกฎหมายก่อน  
วันที่ 16 ตุลาคม 2519 และเป็นผู้มีอำนาจการจัดการสินบริคณห์ของคู่สมรสอยู่แล้วก่อนวันที่ 16 ตุลาคม 2519  
ทั้งนี้ถือได้ว่าเป็นผู้จัดการสินบริคณห์แก่ฝ่ายเดียว ก็ให้ถือว่าคู่สมรสของสมาชิกนั้นได้ยินยอมให้สมาชิกจัดการ  
สินสมรสแล้ว โดยไม่จำเป็นต้องทำหนังสือให้ความยินยอมอีก เว้นแต่คู่สมรสจะได้บอกเลิก)
2. ถ้าผู้ให้ความยินยอมพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือแทนการลงชื่อ จะต้องมิพยานรับรองลายพิมพ์  
นิ้วหัวแม่มืออย่างน้อย 2 คน และพยานนี้จะพิมพ์นิ้วหัวแม่มือแทนการลงชื่อไม่ได้ การพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ  
ต้องทำต่อหน้าพยาน
3. พยานควรเป็นสมาชิกของสหกรณ์เดียวกัน

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนรวมน้ำใจช่วยเหลือสมาชิก  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

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

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....  
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....ปฏิบัติราชการอยู่ที่.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....ในตำแหน่ง.....  
ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนรวมน้ำใจช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด โดยข้าพเจ้า  
ได้ชำระเงินค่าสมัครเป็นเงินสด / หักจากเงินเดือน เดือน.....จำนวน 100.00 บาท  
(หนึ่งร้อยบาทถ้วน) พร้อมใบสมัครนี้แล้วและข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามกฎ และระเบียบข้อบังคับของกฎและระเบียบ  
ว่าด้วย การเป็นสมาชิกของกองทุนรวมน้ำใจช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์นี้ โดยเคร่งครัด ทุกประการ ข้าพเจ้า  
จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้สมัคร


(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้รับรอง

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้รับรอง

**หมายเหตุ**

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลง หรือทุพพลภาพไร้ความสามารถที่จะปฏิบัติราชการในหน้าที่ไม่ได้  
โดยทางราชการให้ออกจากราชการ ข้าพเจ้าขอมอบให้ผู้ที่มิชื่อต่อไปนี้เป็นผู้มารับเงินกองทุน  
รวมน้ำใจช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด 2 ใน 3 คน

1. ชื่อ .....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
2. ชื่อ .....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
3. ชื่อ .....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

(ลงชื่อ).....  


(นายแพทย์วิริยะ เอี้ยวประเสริฐ)

ประธานกรรมการ





# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

Pichit Public Health Saving And Credit Co-Operation Limited

เลขที่ 27/4 ถนนคลองคะเชนทร์ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

แบบคำขอเปิดบัญชีและ  
บริการเกี่ยวกับบัญชีเงินฝาก

หนังสือขอ  เปิดบัญชี  เปลี่ยนแปลงบัญชี.....วันที่.....

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

ฝากงวดละ.....บาท ระยะเวลา.....ปี จำนวนเงิน.....บาท(.....)

ตัดจากบัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

ดอกเบี้ยโอนเข้าบัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

เงื่อนไขการถอน.....

ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจถอนเงิน

\*

\*

( )

## ข้อกำหนดและเงื่อนไข

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีอำนาจในการถอนเงินหรือในการให้คำมั่นเกี่ยวกับบัญชีที่เปิดขึ้นนี้หรือตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอเปิดบัญชีและบริการเกี่ยวกับบัญชีเงินฝากนี้ ข้าพเจ้าได้ลงตัวอย่างลายมือชื่อของข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมผูกพันปฏิบัติตามระเบียบของสหกรณ์ฯนี้ ในส่วนที่ว่าด้วยเงินฝากประเภทต่างๆ ซึ่งใช้อยู่ในเวลานั้นๆทุกประการ

ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีหนี้สินกับทางสหกรณ์และผิดชำระหนี้และผิดนัดการชำระหนี้ดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์นำเงินฝากออมทรัพย์พิเศษของข้าพเจ้ามาชำระหนี้ให้สหกรณ์เท่าหนี้สินที่ค้างชำระ

ข้าพเจ้ารับรองว่าในขณะที่ทำนิติกรรมนี้ ข้าพเจ้ามีความสามารถในทำนิติกรรม ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต ไม่เป็นบุคคลเสมือนไร้ความสามารถ ไม่ถูกพิทักษ์ทรัพย์ไม่ว่าชั่วคราวหรือเด็ดขาด ไม่เป็นบุคคลล้มละลายหรือพ้นพหุกิจการหากภายหลังมีสถานะตามที่กล่าวข้างต้นเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะแจ้งให้สหกรณ์ฯทราบทันที และตกลงให้สหกรณ์ฯระงับการทำธุรกรรมต่างๆของข้าพเจ้าทันที ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆที่เกี่ยวข้องถี่ถ้วนแล้ว เห็นว่าตรงตามความประสงค์ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

เจ้าหน้าที่.....ลงชื่อ.....ผู้ขอเปิด/เปลี่ยนแปลงบัญชี

(.....) (.....) สมาชิกเลขที่.....



เรียน สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัดทุกท่าน

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ได้เปลี่ยนแปลงระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ใหม่  
ทุกระบบ เพื่อพัฒนาสหกรณ์ฯ ให้ดีขึ้น และอำนวยความสะดวกให้สมาชิกที่มาติดต่อครั้งต่อไป จึงขอความ  
อนุเคราะห์ขอตัวอย่างลายมือชื่อของสมาชิกทุกท่าน เพื่อสแกนลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้ในการตรวจสอบ  
ด้านสินเชื่อ (เงินกู้ ค่าประกัน) และถอนเงินรับฝากออมทรัพย์กับสหกรณ์ฯ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางนิภา บุญญเขตต์)

ผู้จัดการ

เรียน ผู้จัดการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขที่สมาชิก.....  
หน่วยงาน.....ขอให้ตัวอย่างลายมือชื่อข้าพเจ้าและคู่สมรส (ถ้ามี) ให้สหกรณ์  
ไว้เพื่อทำธุรกรรมต่างๆกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ดังนี้

ด้านสินเชื่อ (ชื่อสมาชิก)

ด้านสินเชื่อ (คู่สมรส)

\*

\*

\*

\*

(

)

(

)

เงินรับฝากออมทรัพย์พิเศษ

เลขที่บัญชี.....

\*

\*

(

)

**หนังสือแสดงความยินยอม (Consent Form)**  
**ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562**

วันที่.....

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

“ให้” ความยินยอม

“ไม่ให้” ความยินยอม

แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด (“สหกรณ์ฯ”) ในการ เก็บรวบรวม / ใช้ / เปิดเผย  
ให้..... เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่  
.....  
เพื่อ.....

(ระบุวัตถุประสงค์ในการขอความยินยอม เช่น ขอรับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล/ค่าการศึกษาบุตรของ  
..... เป็นต้น)

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดเกี่ยวกับหนังสือนี้ และได้รับคำอธิบายจาก  
สหกรณ์ฯ ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และมี  
ความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการ  
บังคับหรือชักจูง และสหกรณ์ฯ ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่  
ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับสหกรณ์ฯ ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมี  
ผลทำให้.....(ระบุผลกระทบจากการถอนความยินยอม เช่น  
ข้าพเจ้าอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือ ไม่สามารถเข้าถึงฟังก์ชันการใช้งานบางอย่างได้ เป็นต้น)  
และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้  
ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอม