

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด หลักฐานที่ต้องยื่นเพื่อสมัครสมาชิกสหกรณ์ฯ

1. รูปถ่ายของสมาชิก 1 นิ้ว ครึ่งตัวหน้าตรงไม่สวมหมวกหรือแว่นตาสีเข้ม จำนวน 1 รูป
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรข้าราชการ จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาหน้าสมุดธนาคารกรุงไทย จำนวน 1 ฉบับ
5. เปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษขั้นต่ำ 100 บาท
6. สมาชิกสมทบที่สมัครตั้งแต่เดือนธันวาคม 2561 เป็นต้นไป สหกรณ์ฯ ไม่รับเป็นสมาชิกกองทุนรวมใดๆ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการฯ



สมาชิกสมทบ

ชื่อสมาชิกสมทบ..... เลขทะเบียน.....

บัตรตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิกสมทบ

ตัวอย่างลายมือชื่อ

(โปรดลงลายมือชื่อคนละ 3 ลายมือชื่อ)

สมาชิกสมทบ

คู่สมรส

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |

.....ผู้รับรอง (สมาชิกสหกรณ์)
(.....)

.....ผู้รับรอง (สมาชิกสหกรณ์)
(.....)

..... / /



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

เขียนที่

วันที่

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

ข้าพเจ้า นามสกุล

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

เลขประจำตัวประชาชน □ - □□□□□□ - □□□□□□□□ - □□□ - □

สถานภาพ □ โสด □ สมรส / ชื่อคู่สมรส □ หย่า □ หม้าย □ ร้าง

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

ตรอก / ซอย ถนน ตำบล / แขวง

อำเภอ / ซอย จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์(บ้าน) □ - □□□□□□□□□□□□□□ โทรศัพท์มือถือ □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□

โทรสาร □ - □□□□□□ - □□□□□□

อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....

สังกัด..... ตำแหน่ง..... เงินเดือน..... บาท

() เป็นพนักงานราชการ

() เป็นลูกจ้างนักเรียนทุน

() เป็นลูกจ้างชั่วคราว

ข้าพเจ้าได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

โดยตลอดแล้ว เห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์นี้ และ

ขอใช้ถ้อยคำ เป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้ต้องโทษคดีอาญา และไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว

ข้อ 2. ข้าพเจ้าสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการดำเนินการ เห็นสมควรรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบ

ข้าพเจ้าจะชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าให้แก่สหกรณ์ 50.- บาท (ห้าสิบบาทถ้วน) และขอแสดงความจำนงส่งเงินค่า

หุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตราเดือนละบาท (มูลค่าหุ้นละ 10.- บาท)

ข้อ 3. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบ ข้าพเจ้ายินยอมให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โปรดหักจำนวนค่าหุ้นรายเดือน จำนวนเงินงวดชำระหนี้ของข้าพเจ้าที่ต้องส่งสหกรณ์นั้น และเงินอื่นแล้วแต่กรณี จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์แทนข้าพเจ้าด้วย

ข้อ 4. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะผู้จัดตั้งสหกรณ์ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบได้ และเมื่อได้จดทะเบียนสหกรณ์ขึ้นแล้ว ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกสมทบทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับและระเบียบต่อสหกรณ์ ให้เสร็จภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 3 ด้วย

ข้อ 5. เมื่อข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบ จะปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ มติและคำสั่งของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้สมัคร
(.....)

ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็น
และมีเงินได้รายเดือนพอให้สหกรณ์หักจริง
(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)

คำรับรองของสมาชิก

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า นามสกุล

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด สมาชิกเลขทะเบียนที่

สังกัด..... หน่วยงาน.....และ

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด สมาชิกเลขทะเบียนที่

สังกัด.....หน่วยงาน.....

ขอรับรองว่า ข้อความที่ผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครมีคุณสมบัติถูกต้องตามที่กล่าวไว้ในข้อบังคับฯ สมควรเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง (สมาชิกสหกรณ์)

(.....) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง (สมาชิกสหกรณ์)

(.....) ตัวบรรจง

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง

สังกัด.....ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่

ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในร่างข้อบังคับของสหกรณ์ข้อ 49 และสมควรเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ที่จะตั้งขึ้นนี้ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

หนังสือผู้รับโอนประโยชน์

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าสมาชิกสมทบ

ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด เลขทะเบียนสมาชิกสมทบที่.....ขอ
แสดงความจำนงตั้งให้.....ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่.....

ตำบล.....ถนน.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้รับ

โอนประโยชน์ซึ่งข้าพเจ้าจะพึงได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ในเมื่อข้าพเจ้าได้ถึง
แก่กรรม ตามข้อบังคับของสหกรณ์ ข้อ 58

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงไว้ด้วยว่า ถ้าการเพิกถอนหรือเปลี่ยนตัวผู้รับโอนประโยชน์อันพึงจะ
ได้รับจากสหกรณ์เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมไปแล้วมิได้ปฏิบัติให้เป็นไปตามระเบียบการ คือ มิได้แสดงความจำนงเป็น
หนังสือไว้ต่อคณะกรรมการดำเนินการของสหกรณ์ ก็ขอให้ถือหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้เป็นสำคัญ หรือ
ถ้ามีเหตุสุดวิสัยที่ผู้รับโอนประโยชน์ตามหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ไม่อาจจะรับเงินได้
ก็ให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการดำเนินการของสหกรณ์จะพิจารณาจ่ายได้ตามที่เห็นสมควรและเป็นธรรม

ลายมือชื่อผู้รับโอนประโยชน์

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงความจำนงตั้งผู้รับโอนประโยชน์

(ลงชื่อ).....พยาน (สมาชิกสหกรณ์ฯ)

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน (สมาชิกสหกรณ์ฯ)

(.....)

หมายเหตุ ในกรณีนี้สหกรณ์จะจ่ายเงินให้กับผู้รับโอนประโยชน์ได้ตามข้อบังคับสหกรณ์ ข้อ 58 และ
ปฏิบัติตามข้อบังคับสหกรณ์ ข้อ 59 และข้อ 60

หนังสือให้ความยินยอมของสามี/ภรรยาของสมาชิกสมทบสหกรณ์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ยินยอมให้.....

สมาชิกสมทบเลขทะเบียนที่.....ซึ่งเป็นสมาชิก/ภรรยา (ขีดฆ่าคำที่ไม่ใช่ชื่อ) ของข้าพเจ้า ทำนิติกรรมอันเป็นการจัดการสินสมรสของข้าพเจ้าและคู่สมรส กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ทั้งที่ได้ทำไว้แล้ว และหรือที่จะทำขึ้นในวันหนึ่งวันใดในภายหน้าได้ตลอดไปจนกว่าข้าพเจ้าบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์

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

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

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

หมายเหตุ

1. ให้คู่สมรสของสมาชิกสมทบที่ทำนิติกรรมกับสหกรณ์ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2519 เป็นต้นมา ให้ความยินยอมเป็นหนังสือด้วย (สมาชิกสมทบผู้ทำนิติกรรมกับสหกรณ์ถ้าได้สมรสโดยชอบด้วยกฎหมายก่อนวันที่ 16 ตุลาคม 2519 และเป็นผู้มีอำนาจการจัดการสินบริภัณฑ์ของคู่สมรสอยู่แล้วก่อนวันที่ 16 ตุลาคม 2519 ทั้งนี้ถือได้ว่าเป็นผู้จัดการสินบริภัณฑ์แก่ฝ่ายเดียว ก็ให้ถือว่าคู่สมรสของสมาชิกสมทบนั้นได้ยินยอมให้สมาชิกสมทบจัดการสินสมรสแล้ว โดยไม่จำเป็นต้องทำหนังสือให้ความยินยอมอีก เว้นแต่คู่สมรสจะได้บอกเลิก)
2. ถ้าผู้ให้ความยินยอมพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือแทนการลงชื่อ จะต้องมิพยานรับรองลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มืออย่างน้อย 2 คน และพยานนี้จะพิมพ์นิ้วหัวแม่มือแทนการลงชื่อไม่ได้ การพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือต้องทำต่อหน้าพยาน
3. พยานควรเป็นสมาชิกของสหกรณ์เดียวกัน

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด
เป็นสหกรณ์ประเภทสหกรณ์ออมทรัพย์
ที่ตั้งสำนักงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร
ทะเบียนสมาชิกสมทบ

ชื่อ..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....
สมาชิกเลขทะเบียนที่.....เป็นสมาชิกสมทบ โดยเป็นผู้ลงลายมือชื่อในบัญชีรายชื่อของผู้ซึ่งจะเป็นสมาชิก
สมทบในการขอจดทะเบียนนี้ ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นครั้งแรก วันที่
เดือน..... พ.ศ. ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการชุดที่.....
ครั้งที่/..... เมื่อวันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอนาคตที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการจึงได้ลง
ลายมือชื่อให้ไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน

ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อ.....สมาชิกสมทบ

(.....)

ลายมือชื่อ.....พยาน (สมาชิกสหกรณ์)

(.....)

ลายมือชื่อ.....พยาน (สมาชิกสหกรณ์)

(.....)

รายการตำแหน่งและสังกัด

วันที่	ตำแหน่งและสังกัด	หมายเหตุ	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่

รายการเงินได้ การชำระหนี้ค่าหุ้นครั้งแรก การชำระค่าหุ้นรายเดือน

(หุ้นมีมูลค่าหุ้นละ 10 บาท)

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



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

Phichit 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

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีอำนาจในการถอนเงินหรือในการให้ค้ำประกันเกี่ยวกับบัญชีที่เปิดขึ้นนี้หรือตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอเปิดบัญชีและบริการเกี่ยวกับบัญชีเงินฝากนี้ ข้าพเจ้าได้ลงตัวอย่างลายมือชื่อของข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมผูกพันปฏิบัติตามระเบียบของสหกรณ์ฯนี้ ในส่วนที่ว่าด้วยเงินฝากประเภทต่างๆ ซึ่งใ้ช้อยู่ในเวลานั้นๆทุกประการ

ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีหนี้สินกับทางสหกรณ์ฯและผิดชำระหนี้และผิดนัดการชำระหนี้ดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ฯนำเงินฝากออมทรัพย์พิเศษของข้าพเจ้ามาชำระหนี้ให้สหกรณ์ฯเท่าหนี้สินที่ค้างชำระ

ข้าพเจ้ารับรองว่าในขณะที่ทำนิติกรรมนี้ ข้าพเจ้ามีความสามารถในทำนิติกรรม ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต ไม่เป็นบุคคลเสมือนไร้ความสามารถ ไม่ถูกพิทักษ์ทรัพย์ไม่ว่าชั่วคราวหรือเด็ดขาด ไม่เป็นบุคคลล้มละลายหรือฟื้นฟูกิจการหากภายหลังมีสถานะตามที่กล่าวข้างต้นเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะแจ้งให้สหกรณ์ฯทราบทันที และตกลงให้สหกรณ์ฯระงับการทำธุรกรรมต่างๆของข้าพเจ้าทันที ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆที่เกี่ยวข้องถี่ถ้วนแล้ว เห็นว่าตรงตามความประสงค์ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

(.....) (.....) สมาชิกเลขที่.....



เรียน สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัดทุกท่าน

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ขอความอนุเคราะห์ขอตัวอย่างลายมือชื่อของสมาชิกสหกรณ์ฯ เพื่อให้ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วย การป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน และกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการสนับสนุนทางการเงินแก่การก่อการร้ายและการแพร่ขยายอาวุธที่มีอานุภาพทำลายล้างสูง โดยจะสแกนลงคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจสอบลายมือชื่อสมาชิกที่มาทำธุรกรรมด้านสินเชื่อ และเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ ป้องกันความเสี่ยงให้กับสมาชิกในการทำธุรกรรมกับสหกรณ์ฯ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางนิภา บุญญเขตต์)
ผู้จัดการ

เรียน ผู้จัดการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขที่สมาชิก.....
หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....
ขอให้ตัวอย่างลายมือชื่อให้สหกรณ์ไว้เพื่อทำธุรกรรมต่างๆกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด
ดังนี้

<u>ด้านสินเชื่อ</u>	<u>เงินรับฝากออมทรัพย์พิเศษ</u>
*	เลขที่บัญชี.....
*	*
*	*
()	()