



เลขประจำตัวสมาชิก สสธ.อด. ๒.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ๒ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

1. ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน... ..เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าหรือหม้าย

2. ประเภทสมาชิก สามัญสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....

สมทบ(บุตร) สมทบ(คู่สมรส) ชื่อ-สกุล (สมาชิกสามัญ).....เลขที่สมาชิกสามัญ.....

3. ที่อยู่จัดส่งเอกสาร

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

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

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 2 จำกัด โดยข้าพเจ้าทราบและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมฯ ที่ใช้อยู่ปัจจุบัน หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลังทุกประการ โดยทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากทางราชการหรือจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอให้จ่ายเงินสงเคราะห์ให้แก่

1.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

2.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

3.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

4.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

ตัวบรรจง(.....)

*** สำหรับเจ้าหน้าที่ ***

ข้าพเจ้า..... สมาชิก สสธ.อด.2 เลขทะเบียนที่.....

กรรมการสมาคม สสธ.อด.2

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคม สสธ.อด.2 ทุกประการ

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....)

มติของคณะกรรมการ อนุมัติ เมื่อวันที่ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัคร

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 2 จำกัด (สสธ.อด.2)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 2 จำกัด (สสธ.อด.2) ดังนี้

1. มีสุขภาพแข็งแรง
2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตรพ่นเพื่อนไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้
 1. โรคเมเร็งทุกชนิด ไม่มี มี (ระบุ).....
 2. โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....
 3. โรคหัวใจในระยะอันตราย ไม่มี มี (ระบุ).....
 4. โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต ไม่มี มี (ระบุ).....
 5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ไม่มี มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ **หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ สสธ.อด.2 ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 2 จำกัด ตามระเบียบสมาคมได้ทันทีและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสงเคราะห์เมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสธ.อด.2 ทั้งสิ้น** โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ สสธ.อด.2 ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสธ.อด.2 ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสภาพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่สมาคม

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์

**หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 2 จำกัด**

.....

1. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ (ผู้สมัครและผู้รับผลประโยชน์)	จำนวน	1	ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้สมัครและผู้รับผลประโยชน์)	จำนวน	1	ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนสมรส	จำนวน	1	ฉบับ
4. ใบรับรองสุขภาพตนเอง	จำนวน	1	ฉบับ

การชำระเงิน ดังนี้

1. ค่าสมัคร	จำนวน	50	บาท
2. ค่าบำรุงรายปี	จำนวน	100	บาท
3. เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	จำนวน	<u>1,000</u>	บาท
รวมชำระเงินทั้งสิ้น	จำนวน	<u>1,150</u>	บาท

หมายเหตุ ผู้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 2 จำกัด ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- (1) เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด
- (2) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ
- (3) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
- (4) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
- (5) มีอายุในวันสมัครไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์ เมื่อครบกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกและได้ชำระเงินค่าสมัครแก่สมาคมแล้ว



ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัคร

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 2 จำกัด (สสธ.อด.2)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 2 จำกัด (สสธ.อด.2) ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตรพันเพื่อนไม่สมประกอบ
- 4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้
 - 1. โรคเมเร็งทุกชนิด ไม่มี มี (ระบุ).....
 - 2. โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....
 - 3. โรคผิวหนังในระยยะอันตราย ไม่มี มี (ระบุ).....
 - 4. โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต ไม่มี มี (ระบุ).....
 - 5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ไม่มี มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ สสธ.อด.2 ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 2 จำกัด ตามระเบียบสมาคมได้ทันทีและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสงเคราะห์เมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสธ.อด.2 ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ สสธ.อด.2 ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสธ.อด.2 ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่สมาคม

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์