เลขประจำตัวสมาชิก สสธ.อด. ๓.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ๓ 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.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 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.3 เลขทะเบียนที่.....

☐ กรรมการสมาคม สสธ.อด.3

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคม สสธ.อด.3 ทุกประการ

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....)

มติของคณะกรรมการ ☐ อนุมัติ เมื่อวันที่ ..... ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัคร
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 จำกัด (สสธ.อด.3)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 จำกัด(สสธ.อด.3) ดังนี้

☐ **1. มีสุขภาพแข็งแรง**

☐ **2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้**

☐ **3. ไม่มีจิตรฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ**

4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งทุกชนิด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... .
2. โรคหัวใจ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
3. โรควัณโรคในระยะอันตราย ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
4. โรคเบาหวานที่มีภาระแทรกซ้อนต้องฟอกไต ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ **<u>หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ สสธ.อด.3 ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 จำกัด ตามระเบียบสมาคมได้ทันทีและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสงเคราะห์เมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสธ.อด.3 ทั้งสิ้น</u>** โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ สสธ.อด.3 ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสธ.อด.3 ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสภาพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน/เจ้าหน้าที่สมาคม

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์

หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 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	1,000	บาท
รวมชำระเงินทั้งสิ้น	**จำนวน**	**1,150**	**บาท**

หมายเหตุ ผู้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 จำกัด ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(1) เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด
(2) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ
(3) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
(4) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
(5) มีอายุในวันสมัคร**ไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์**

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์ เมื่อครบกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกและได้ชำระเงินค่าสมัครแก่สมาคมแล้ว

ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัคร
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 จำกัด (สสธ.อด.3)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 จำกัด(สสธ.อด.3) ดังนี้

☐ **1. มีสุขภาพแข็งแรง**

☐ **2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้**

☐ **3. ไม่มีจิตรฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ**

4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งทุกชนิด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... .
2. โรคหัวใจ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
3. โรควัณโรคในระยะอันตราย ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
4. โรคเบาหวานที่มีภาระแทรกซ้อนต้องฟอกไต ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ **<u>หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ สสธ.อด.3 ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 จำกัด ตามระเบียบสมาคมได้ทันทีและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสงเคราะห์เมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสธ.อด.3 ทั้งสิ้น</u>** โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ สสธ.อด.3 ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสธ.อด.3 ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสภาพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน/เจ้าหน้าที่สมาคม

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์