



เลขประจำตัวสมาชิก ฌส.อด.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

เขียนที่.....

วันที่.....

1. ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/น.ส.).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าหรือหม้าย

2. ประเภทสมาชิก สามัญสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....
 สมทบ(บุตร) สมทบ(คู่สมรส) ชื่อ-สกุล (สมาชิกสามัญ).....เลขที่สมาชิกสามัญ.....

3. ที่อยู่จัดส่งเอกสาร

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี โดยข้าพเจ้าทราบและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมฯที่ใช้อยู่ปัจจุบัน หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลังทุกประการ โดยทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือนหรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากทางราชการหรือจากสหกรณ์ออมทรัพย์..... 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 ฌส.อด.เลขทะเบียนที่.....
 กรรมการสมาคม ฌส.อด.

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคม ฌส.อด. ทุกประการ

(ลงชื่อ).....
ตัวบรรจง(.....)

มติของคณะกรรมการ อนุมัติ เมื่อวันที่ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

**หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี**

.....

1. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ (ผู้สมัครและผู้รับผลประโยชน์)	จำนวน	1	ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้สมัครและผู้รับผลประโยชน์)	จำนวน	1	ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนสมรส	จำนวน	1	ฉบับ
4. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ	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 ผู้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี จำกัด ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

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

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์ เมื่อครบกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกและได้ชำระเงินค่าสมัครแก่สมาคมแล้ว



ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัคร
สมาชิกสมาชิกสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ณส.อด)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกสมาชิกสมาชิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี ณส.อด. ดังนี้

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

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ ณส.อด. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกสมาชิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี ตามระเบียบสมาคมได้ทันทีและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก ณส.อด. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ ณส.อด. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ ณส.อด. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสภายาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์