

เลขประจำตัวประชาชน ผู้สมัคร.....

ฉกส.1



ติดรูปถ่ายหน้าตรง  
ไม่สวมหมวก  
ขนาด 2.5x3 ซม.  
ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี

เลขทะเบียนสมาชิก.....

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เขียนที่.....

เล่มที่.....เลขที่.....

วันที่.....

ลงวันที่.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สอ.สสจ.อุดรธานี  
เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกรวมอรรถพรชัยสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด  
ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อื่น ๆ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

(ลงชื่อ).....

ชอย.....ถนน.....ตำบล.....

.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เรียน นายกสมาคม กกส.

สมาชิกสหกรณ์อรรถพรชัยสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด สมาชิกเลขที่.....  คู่สมรส

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

สมาชิกสหกรณ์อรรถพรชัย เลขที่สมาชิก..... ขอสมัครเป็นสมาชิกพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์

(ลงชื่อ).....

อรรถพรชัยสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด โดยข้าพเจ้าทราบและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ

สมาคมฯ ที่ใช้อยู่ปัจจุบัน หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลังทุกประการ โดยราชการ/หน่วยงานต้นสังกัด หัก

เงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากทางราชการ

นายทะเบียน

ชื่อคู่สมรส.....อายุ.....ปี

...../...../.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอให้จ่ายเงินสงเคราะห์ให้แก่

เลขานุการ กกส.

1.....เกี่ยวข้องเป็น.....

...../...../.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

2.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อนุมัติ

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....

3.....เกี่ยวข้องเป็น.....

นายกสมาคม กกส.

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

...../...../.....

ขอแสดงความนับถือ

เป็นสมาชิกสมบูรณ์วันที่

(ลงชื่อ).....

.....

ตัวบรรจง(.....)

เลขทะเบียน.....

ข้าพเจ้า.....  สมาชิก กกส.เลขทะเบียนที่.....

หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก / บัตร

กรรมการสมาคม กกส.

ประจำตัวสมาชิก ส่งตามหนังสือที่

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคม กกส. ทุกประการ

.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

วันที่.....

ตัวบรรจง(.....)

(ลงชื่อ).....

หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์  
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

- .....
- |   |             |  |
|---|-------------|--|
| 1. รูปถ่าย 1 นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน        | จำนวน 2     | แผ่น   |
| 2. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ               | จำนวน 1     | ฉบับ   |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้าน                             | จำนวน 1     | ฉบับ   |
| 4. สำเนาทะเบียนสมรส                             | จำนวน 1     | ฉบับ(กรณีผู้สมัครเป็นคู่สมรสของสมาชิกสหกรณ์)     |
| สำเนาทะเบียนบ้าน                                | จำนวน 1     | ฉบับ (กรณีผู้สมัครเป็นบิดา มารดาของสมาชิกสหกรณ์) |
| 5. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ             | จำนวน 1     | ฉบับ   |
| 6. ค่าสมัคร/ค่าบำรุงรายปี/เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า | จำนวน 600   | บาท (กรณีสมัครสมาชิกประเภทที่ 1)                 |
| ค่าสมัคร/ค่าบำรุงรายปี/เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า    | จำนวน 1,100 | บาท (กรณีสมัครสมาชิกประเภทที่ 2)                 |

**หมายเหตุ** ผู้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด มี 2 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2

**ประเภทที่ 1** หมายถึง สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด หรือ คู่สมรสตามกฎหมาย หรือ บุตรของสมาชิก หรือ พนักงานสมาคม หรือคู่สมรสตามกฎหมายพนักงานสมาคม มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- (1) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือไม่เป็นคนไร้ความสามารถ หรือไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
- (2) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ
- (3) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
- (4) มีอายุในวันสมัครไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ ยกเว้น บุตรของสมาชิกต้องมีอายุไม่เกิน 35 ปี
- (5) มีความประพฤติดีและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคม

**ประเภทที่ 2** หมายถึง ข้าราชการบำนาญที่เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด หรือ บิดา มารดาของสมาชิกสหกรณ์ หรือบิดา มารดาพนักงานสมาคม มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- (1) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือไม่เป็นคนไร้ความสามารถ หรือไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
- (2) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
- (3) มีอายุในวันสมัครไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์
- (4) มีความประพฤติดีและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคม