



เลขทะเบียนที่.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกและทะเบียนสมาชิก

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

ข้าพเจ้า..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร..... สถานภาพปัจจุบัน.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ตามที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร..... ไลน์ (ID Line)..... อีเมล (Email)

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัดโดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของ สหกรณ์จึงขอสมัครเป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯและขอให้ถือยศเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

- ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ ปี เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ.
- ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานราชการกระทรวงสาธารณสุข (สายวิชาชีพ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข(สายสนับสนุน) ลูกจ้างชั่วคราว อายุงาน..... ปี.....เดือน
- ในตำแหน่ง.....สังกัด.....กระทรวงสาธารณสุข ได้รับเงินเดือน.....บาท เงินประจำตำแหน่ง.....บาท รวมรายได้รายเดือนที่ได้รับ.....บาท
- ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืม
- ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ ตามระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยหุ้น (มูลค่าหุ้นละ 10 บาท) ในอัตราเดือนละ.....บาท
- ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าหักเงินได้ รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งเป็นค่าหุ้นรายเดือนและเงินงวดชำระหนี้ (ถ้ามี) ส่งต่อสหกรณ์ต่อไปด้วย
- ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่าถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันที่ ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้อำนาจการชำระจำนวนเงินดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติความในข้อ 5 ด้วย
- ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกจะปฏิบัติตามข้อบังคับ, ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ และถ้าข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงในเรื่อง ชื่อ สกุล และที่อยู่ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้สหกรณ์ทราบภายใน 15 วัน

- เอกสารหลักฐานในการสมัคร**
- 1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ 1 ฉบับ
 - 2. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
 - 3. รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป
 - 4. สำเนาบัญชีเงินฝาก 1 ฉบับ
 - 5. สำเนาสลิปเงินเดือน
 - 6. สำเนาคำสั่งจ้าง (เฉพาะ พรก./พทส./ลูกจ้างชั่วคราว)

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองของฝ่ายบริหารทั่วไป

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด

อุดรธานี ขอรับรองว่า ผู้สมัครมีตำแหน่ง

- ข้าราชการ
- พนักงานราชการ
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (สายวิชาชีพ)
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (สายสนับสนุน)
- ลูกจ้างชั่วคราว (สายวิชาชีพ)
- ลูกจ้างชั่วคราว (สายสนับสนุน)
- ลูกจ้างประจำ

*** (กรณีลูกจ้างชั่วคราว สหกรณ์จะรับสมัครเฉพาะกลุ่มลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน เท่านั้น) ***

(ลงชื่อ).....หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด

อุดรธานี

ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า ข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสหกรณ์ฯ พ.ศ.2564 หมวด 5 สมาชิก ข้อ 32 สมควรเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์

(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร
(.....)

*** คำรับรองของผู้บังคับบัญชา ต้องมีผู้บังคับบัญชาของผู้สมัครในตำแหน่งไม่ต่ำกว่าปฏิบัติการคนหนึ่งรับรอง แต่ถ้าผู้สมัครเป็นผู้ดำรงตำแหน่งไม่ต่ำกว่าปฏิบัติการก็ไม่ต้องมีผู้รับรอง ***

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

ได้ตรวจสอบแล้ว ผู้สมัครสมาชิก ดังกล่าวข้างต้น ไม่ได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์อื่น

ผู้สมัคร ไม่เคย เคย เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ นี้มาก่อน

(ลาออกมาแล้ว.....ครั้ง และ ลาออกครั้งสุดท้ายเมื่อ.....)

ผู้สมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด เห็นควร
รับเข้าเป็นสมาชิก

ตรวจสอบถูกต้องแล้ว	เห็นสมควรรับเป็นสมาชิกได้	อนุมัติ
..... (.....) (.....) (.....)
...../...../...../...../...../...../.....



บัตรตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

ชื่อ-นามสกุล (ตัวบรรจง).....

ตัวอย่างลายมือชื่อ

1.....

2.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**โปรดกรอก ชื่อ-นามสกุล
พร้อมลงลายมือชื่อ
ให้ครบถ้วน**



ทะเบียนสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

ข้าพเจ้าข้าพเจ้า(นาย/นางสาว/นาง).....ได้สมัครเข้าเป็นสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด และคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่.....ในคราวประชุมครั้งที่
...../.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ได้มีมติรับข้าพเจ้าเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ เลขทะเบียน
สมาชิกเลขที่.....

ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า ชำระค่าหุ้นตามจำนวนที่จะถือ และขอลงลายมือชื่อในทะเบียน
สมาชิกนี้ไว้เป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....สมาชิกสหกรณ์

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)



หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (บ้าน).....
โทรศัพท์ (มือถือ).....ขอทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ มีข้อความดังต่อไปนี้
ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ข้าพเจ้าขอให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด จ่ายเงินค่าหุ้น เงินฝาก
เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน และผลประโยชน์อื่น ๆ บรรดาที่ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ฯ ให้แก่บุคคลดังต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่ (โดยละเอียด)	ให้ได้รับร้อยละ (%)	หมายเหตุ
1	ชื่อ..... สกุล..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....	ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....		
2	ชื่อ..... สกุล..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....	ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....		
3	ชื่อ..... สกุล..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....	ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....		
4	ชื่อ..... สกุล..... เลขบัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....	ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....		
เงื่อนไขอื่น ๆ				

ขณะที่ข้าพเจ้าทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดี และได้อ่านคำแนะนำการตั้งรับผู้โอน
ประโยชน์ด้านหลังหนังสือ ฉบับนี้เป็นที่เข้าใจแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน
(ลงชื่อ).....สมาชิกสหกรณ์
(.....)

ขอรับรองว่าผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าทั้งหมด จึงพร้อมกันลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน
ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

- หมายเหตุ**
- ต้องมีผู้ลงลายมือชื่อเป็นพยานจำนวน 2 คน และพยานต้องมีชื่อผู้รับโอนประโยชน์
 - โปรดอ่านข้อแนะนำในการตั้งผู้รับโอนประโยชน์ด้านหลังหนังสือฉบับนี้

ข้อเสนอแนะการตั้งผู้รับโอนประโยชน์

1. ผู้รับโอนประโยชน์

ผู้รับโอนประโยชน์ควรมีความเกี่ยวข้องกับสมาชิกผู้เจตนา โดย พ่อ หรือ แม่ หรือ คู่สมรส หรือ บุตร หรือ พี่ หรือ น้องของสมาชิก ทั้งนี้ผู้รับประโยชน์สามารถระบุได้ตั้งแต่ 1 คน หรือหลายคนก็ได้

2. การตั้งผู้รับโอนประโยชน์ให้ได้รับประโยชน์ทั้งหมดเพียงคนเดียว

กรณีนี้หมายถึง สมาชิกผู้แสดงเจตนามีความประสงค์ให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดเป็นผู้รับโอนประโยชน์ทั้งหมดเพียงคนเดียวให้ระบุไว้ดังตัวอย่างเช่น

ตัวอย่างที่ 1 นาย ก. ให้ได้รับร้อยละ 100 หมายถึง นาย ก. ได้รับประโยชน์ทั้งหมดเพียงคนเดียว หรือ

ตัวอย่างที่ 2 นาย ก. ให้ได้รับร้อยละ 100 นางสาว ข. ให้ได้รับ ร้อยละ 100 เด็กหญิง ค.ให้ได้รับร้อยละ 100

หมายถึง หากนาย ก. ยังมีชีวิตอยู่ให้นาย ก. เป็นผู้รับโอนประโยชน์แต่เพียงผู้เดียว เว้นแต่ นาย ก. ถึงแก่ความตาย จึงให้นางสาว ข. เป็นผู้รับโอนประโยชน์แต่เพียงผู้เดียว และเด็กหญิง ค. เป็นผู้รับโอนประโยชน์ทั้งหมด หาก นาย ก. และนางสาว ข. ถึงแก่ความตาย

หมายเหตุ กรณีผู้รับโอนประโยชน์ที่ระบุไว้ถึงแก่ความตายทั้งหมด ทรัพย์สินมรดกและผลประโยชน์ของสมาชิกผู้ถึงแก่ความตายจะตกทอดแก่ทายาทของสมาชิกตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

3. การตั้งผู้รับโอนประโยชน์ให้ได้รับประโยชน์ตามสัดส่วน

กรณีนี้ หมายถึง สมาชิกผู้แสดงเจตนามีความประสงค์ให้บุคคลหลายคนเป็นผู้รับโอนประโยชน์ตามสัดส่วนให้ระบุไว้ดังตัวอย่าง เช่น

ตัวอย่างที่ 1 นาย ก.ให้ได้รับร้อยละ 50 นางสาว ข. ให้ได้รับร้อยละ 30 เด็กหญิง ค. ให้ได้รับร้อยละ 20

หมายเหตุ กรณีนี้ หากนาย ก. หรือนางสาว ข. หรือเด็กหญิง ค. ถึงแก่ความตาย ทรัพย์สินมรดกและประโยชน์อื่นใดของสมาชิกในสัดส่วนที่นาย ก. หรือนางสาว ข. หรือเด็กหญิง ค. จะได้รับนั้น จะตกทอดแก่ทายาทของสมาชิกตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ตัวอย่างที่ 2. นาย ก. ให้ได้รับร้อยละ 50 นางสาว ข. ให้ได้รับร้อยละ 30 เด็กหญิง ค. ให้ได้รับร้อยละ 20

กรณีนาย ก.หรือนางสาว ข. หรือ เด็กหญิง ค. ถึงแก่ความตาย ให้ (นาย นางสาว นาง.....) ได้รับประโยชน์แทน เป็นต้น ในการตั้งผู้รับโอนประโยชน์ตามสัดส่วนเมื่อรวมแล้วควรให้ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ หากไม่ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ ส่วนที่เหลือจะเป็นไปตามดังตัวอย่างที่ 3 นี้

ตัวอย่างที่ 3 กรณีตั้งผู้รับโอนประโยชน์ รวมแล้ว ไม่ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ เช่น นาย ก. ให้ได้รับร้อยละ 30 นางสาว ข. ให้ได้รับร้อยละ 20 เด็กหญิง ค. ให้ได้รับร้อยละ 10 รวมทั้งสิ้น 60 เปอร์เซ็นต์ กรณีเช่นนี้ทรัพย์สินและผลประโยชน์อีก 40 เปอร์เซ็นต์ของสมาชิกจะตกทอดแก่ทายาทของสมาชิกตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

4. สมาชิกประสงค์ตั้งรับโอนประโยชน์



หนังสือให้ความยินยอมหักเงินเดือนหรือค่าจ้างหรือเงินอื่นใด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพื่อให้เป็นไปตามความมาตรา 42/1 แห่งพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....ได้สมัครเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด จึงทำความยินยอมเป็นหนังสือไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด ดังนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใด ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือน เพื่อชำระหนี้ และหรือภาระผูกพันอื่นที่มีต่อสหกรณ์ (หนี้ในฐานะผู้ค้ำประกัน) ให้แก่สหกรณ์ตามจำนวนที่สหกรณ์แจ้งไป จนกว่าหนี้หรือภาระผูกพันนั้นจะระงับสิ้นไป

2. กรณีข้าพเจ้าพ้นสภาพจากการเป็นพนักงาน ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัด หักเงินใด ๆ ที่พึงได้รับหน่วยสังกัด เพื่อชำระหนี้ตาม ข้อ 1. ที่ข้าพเจ้ามีต่อสหกรณ์โดยสิ้นเชิง หรือชำระหนี้ที่เหลือไม่เกินค่าหุ้นที่ข้าพเจ้า มีอยู่

3. ข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหนังสือให้ความยินยอมนี้ เว้นแต่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด จะให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ

หน่วยงานต้นสังกัด หมายถึง หน่วยงานที่สมาชิกปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานและหรือมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนให้กับสมาชิกในปัจจุบันและในอนาคต



หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และประกาศสภรณออมทรัพย์ สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด เรื่อง นโยบายข้อตกลง และเงื่อนไขเกี่ยวกับการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ตำแหน่ง.....สังกัด.....

จึงทำความยินยอมเป็นหนังสือไว้กับ สภรณออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด ดังนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้สภรณออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด เก็บ รวบรวม ข้อมูลรายละเอียด ส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และข้อมูลอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้กับสภรณ
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้สภรณออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล หรือข้อมูล อื่นใดที่ข้าพเจ้าให้ไว้กับสภรณ กรณหน่วยงานราชการ หรือบุคคล หรือนิติบุคคลที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ในการกำกับและดูแล สภรณร้องขอ หรือมีเหตุอันชอบด้วยกฎหมายให้ต้องเปิดเผยแก่บุคคลภายนอก
3. ข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหนังสือให้ความยินยอมนี้ เว้นแต่สภรณออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด จะให้ ความยินยอม

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)