



เลขประจำตัวสมาชิก ฌส.อด.

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

1. ข้อมูลสมาชิก

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

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

สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าหรือหม้าย

2. ประเภทสมาชิก สามัญสหกรณ์ออมทรัพย์เสมาธรรมจักรอุดรธานี จำกัด เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....

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

3. ที่อยู่จัดส่งเอกสาร

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

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

ขอสมัครเป็นสมาชิกพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี จำกัด โดยข้าพเจ้าทราบและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมฯ ที่ใช้อยู่ปัจจุบัน หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลังทุกประการ โดยทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัด หักเงินเดือน หรือ ค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากทางราชการหรือจากสหกรณ์ออมทรัพย์เสมาธรรมจักรอุดรธานี จำกัด

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอให้จ่ายเงินสงเคราะห์ให้แก่

1.....เกี่ยวข้องกับ.....สัดส่วน.....%

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

2.....เกี่ยวข้องกับ.....สัดส่วน.....%

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

3.....เกี่ยวข้องกับ.....สัดส่วน.....%

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

4.....เกี่ยวข้องกับ.....สัดส่วน.....%

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

ตัวบรรจง(.....)

ข้าพเจ้า..... สมาชิก ฌส.อด. เลขทะเบียนที่.....

กรรมการสมาคม ฌส.อด.

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคม ฌส.อด. ทุกประการ

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....)

มติของคณะกรรมการ อนุมัติ เมื่อวันที่ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี จำกัด

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 ผู้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี จำกัด ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

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

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์ เมื่อครบกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกและได้ชำระเงินค่าสมัครแก่สมาคมแล้ว



ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัคร
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภามอบทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ฌส.อด)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สภามอบทรัพย์จังหวัดอุดรธานี ฌส.อด. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตรพ่นเพื่อนไม่สมประกอบ
- 4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้
 - โรคมะเร็งทุกชนิด ไม่มี มี (ระบุ).....
 - โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....
 - โรคหัวใจในระยยะอันตราย ไม่มี มี (ระบุ).....
 - โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต ไม่มี มี (ระบุ).....
 - โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ไม่มี มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว
ให้ ฌส.อด. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภามอบทรัพย์จังหวัดอุดรธานี ตามระเบียบ
สมาคมได้ทันทีและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง
ข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก ฌส.อด. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอม
ปฏิบัติตามข้อบังคับของ ฌส.อด. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ ฌส.อด. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้า
จากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

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