



เลขประจำตัวสมาชิก สส.อด ๓.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภากาชาดอหัมพรวิทยาสารณสุขจังหวัดอุดรธานี 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 ☐ สามัญสภากาชาดอหัมพรวิทยาสารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....
☐ สมทบ(บุตร) ☐ สมทบ(คู่สมรส) ชื่อ-สกุล (สมาชิกสามัญ).....เลขที่สมาชิกสามัญ.....

3. ที่อยู่จัดส่งเอกสาร

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

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภากาชาดอหัมพรวิทยาสารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 จำกัด โดยข้าพเจ้าทราบและรับรอง
ว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมฯ ที่ใช้อยู่ปัจจุบัน หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลังทุกประการ โดยทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัด
หักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากทางราชการหรือจากสภากาชาดอหัมพรวิทยาสารณสุขจังหวัดอุดรธานี
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 สส.อด.3 เลขทะเบียนที่.....

☐ กรรมการสมาคม สส.อด.3

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคม สส.อด.3 ทุกประการ

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....)

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

(ลงชื่อ).....

**หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 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 ผู้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 จำกัด ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- (1) เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด
- (2) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ
- (3) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
- (4) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
- (5) มีอายุในวันสมัครไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์ เมื่อครบกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกและได้ชำระเงินค่าสมัครแก่สมาคมแล้ว



ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัคร
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 จำกัด (สสธ.อด.3)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 จำกัด(สสธ.อด.3) ดังนี้

☐
☐
☐

1. มีสุขภาพแข็งแรง
2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตรพณ์เพื่อนไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| 1. โรคเมเร็งทุกชนิด | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |
| 2. โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |
| 3. โรคผิวหนังในระยะอันตราย | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |
| 4. โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |
| 5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ สสธ.อด.3 ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 จำกัด ตามระเบียบสมาคมได้ทันทีและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสงเคราะห์เมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสธ.อด.3 ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ สสธ.อด.3 ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสธ.อด.3 ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่สมาคม

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์