



เลขประจำตัวสมาชิก ฅส.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 สามัญสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....

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

3. ที่อยู่จัดส่งเอกสาร

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

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

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี จำกัด โดยข้าพเจ้าทราบและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมฯที่ใช้อยู่ปัจจุบัน หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลังทุกประการ โดยทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือน หรือค่าจ้าง 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 ฅส.อด.เลขทะเบียนที่.....

กรรมการสมาคม ฅส.อด.

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคม ฅส.อด. ทุกประการ

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง(.....)

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

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

**หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก
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 ผู้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี จำกัด ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

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

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์ เมื่อครบกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกและได้ชำระเงินค่าสมัครแก่สมาคมแล้ว



ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัคร
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภาก่อสมชชิกออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี จำกัด (ณส.อด)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี จำกัด ณส.อด. ดังนี้

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

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| 1. โรคเมเร็งทุกชนิด | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 2. โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 3. โรควัดนโรคในระยะอันตราย | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 4. โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ ณส.อด. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี จำกัด ตามระเบียบสมาคมได้ทันทีและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิตรวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจจะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก ณส.อด. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ ณส.อด. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ ณส.อด. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์