กรุณาแนบเอกสารประกอบ ดังนี้
1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี)
3. หนังสือรับรองเงินเดือน / สลิปเงินเดือน
4. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด 1 นิ้ว 1 รูป
5. เอกสารสัญญาจ้างงานของ ลูกจ้าง/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
6. หนังสือแสดงเจตนาการตั้งผู้รับผลประโยชน์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชน ผู้รับผลประโยชน์

เลขทะเบียนสมาชิก
(สำหรับเจ้าหน้าที่) .....

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

ทะเบียนสมาชิก / ใบสมัร
สมาชิกสมทบ 50 (2) ก.,จ.

วันที่.....

ติดรูปถ่าย หน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด 1 นิ้ว

เรียน ประธานคณะกรรมการดำเนินการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ข้าพเจ้ามีความเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด ซึ่งข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์อื่นที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการให้กู้ยืมเงิน จึงขอสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ชื่อ - สกุล		**วันที่/เดือน/ปีเกิด**	...../...../.....
เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐			**อายุ** ..... **ปี**
ตำแหน่ง		**เงินเดือน** (ไม่รวมรายได้อื่น)	.....บาท

สถานภาพ ❍ โสด ❍ หม้าย ❍ หย่า ❍ สมรส (จดทะเบียน) ❍ สมรส (ไม่จดทะเบียน)

[กรณีสมรส (จดทะเบียน) ต้องแนบใบสำคัญการสมรส ประกอบด้วย]

ชื่อคู่สมรส		**กรณีคู่สมรสเป็นสมาชิกสหกรณ์เลขทะเบียนสมาชิกที่**	.....
อาชีพคู่สมรส		จำนวนบุตร ระบุจำนวน .....คน	

สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ.....
E-Mail.....

สถานที่ทำงาน

ชื่อสำนักงาน.....
เลขที่.....หมู่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ สถานภาพสมาชิกตามข้อบังคับ ข้อ 50 (2) ก.,จ. ประเภทบุคลากร ดังนี้

❍ พนักงานราชการ
❍ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือพนักงานสถาบัน
❍ ลูกจ้างชั่วคราว หรือลูกจ้างนอกงบประมาณ
❍ เจ้าหน้าที่สหกรณ์

หมายเหตุ : *เป็นพนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือพนักงานสถาบัน ที่ปฏิบัติงานตามสัญญาจ้าง เมื่อรวมระยะเวลาแล้ว น้อยกว่า 4 ปี*

ขอส่งเงินค่าหุ้นเดือนละ .....**บาท** (ไม่ต่ำกว่าระเบียบกำหนด ตามระเบียบสหกรณ์ ฯ ว่าด้วย การส่งค่าหุ้น)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และยินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินเดือน หักค่าธรรมเนียมแรกเข้า จำนวน .....บาท หักเงินค่าหุ้นรายเดือน รวมถึงหักหนี้ (ในกรณีหากมีภาระหนี้กับสหกรณ์ ส่งต่อสหกรณ์เป็นประจำทุกเดือนแทนข้าพเจ้า และข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ หลักเกณฑ์และมติคณะกรรมการสหกรณ์ทุกประการ

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....
(.....)

สมาชิกผู้รับรอง ***(เฉพาะผู้สมัครสมาชิกสมทบ 50 (2) ก.,จ.)*** ขอรับรองว่าข้อความซึ่งผู้สมัครแสดงไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....สมาชิกสหกรณ์เลขที่..... ลงชื่อ .....สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....
(.....) (.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....
ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานในสังกัดหน่วยงาน.....เป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)

คำรับรองของตัวแทนหน่วย (ตัวแทนนำส่งเงิน)

(เฉพาะสมัครสมาชิก ประเภทลูกจ้าง หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือพนักงานสถาบัน**)**

ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้จ่ายเงินเดือน และสามารถหักเงินได้รายเดือนของ.....นำส่งให้กับสหกรณ์ได้ในกรณีที่สหกรณ์มีการเรียกเก็บเงินเพื่อหักเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้า หุ้นรายเดือน รวมถึงหักหนี้ (ในกรณีหากมีภาระหนี้กับสหกรณ์)

ลงชื่อ.....ตัวแทนนำส่งเงิน
(.....)

หมายเหตุ *1. ผู้สมัครเป็นผู้ดำรงตำแหน่งไม่ต่ำกว่าชำนาญงาน หรือชำนาญการ ไม่ต้องมีผู้รับรอง ทั้งนี้ ต้องมีเอกสารรับรองตำแหน่งดังกล่าว*
2. ผู้รับรอง (กรณีสมาชิกสมทบ) ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด อย่างน้อย 2 คน

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติตามข้อบังคับแล้ว ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติ

❑ ครบถ้วน และ ❍ ไม่เคยเป็นสมาชิก

❍ เคยเป็นสมาชิก (ลาออกเมื่อ.....)

❑ แนบหนังสือเจตนาการตั้งผู้รับผลประโยชน์แล้ว ❑ ไม่มีแนบ

<u>กรณีไม่สามารถนำเสนอขออนุมัติรับเป็นสมาชิกสหกรณ์ได้ (เก็บรักษาไว้ แยกต่างหาก)</u>

❑ ขาดคุณสมบัติ (ระบุ).....

❑ ขาดเอกสาร (ระบุ).....

และได้ตรวจสอบรายชื่อบุคคลที่ถูกกำหนด ตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการสนับสนุนทางการเงินแห่งการก่อการร้ายและการแพร่ขยายอาวุธที่มีอานุภาพทำลายล้างสูง พ.ศ. 2559 แล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

(.....)

อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก / สมาชิกสมทบ

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการชุดที่.....ครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

(เริ่มใช้ 1 เมษายน 2568)