

มติการประชุมคณะกรรมการชุดที่
ครั้งที่.....วันที่.....



ทะเบียนเลขที่

ทะเบียนสมาชิกสมทบ

สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเพชรบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล

เลขประจำตัวประชาชน อายุ ปี

สถานภาพ สมรส หม้าย หย่า โสด วัน/เดือน/ปีเกิด / /

สถานที่ติดต่อ ชื่อหมู่บ้าน/อาคาร บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์มือถือ เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน ต่อ

บัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี

ประเภทสมาชิกสมทบ

บุตร คู่สมรส บิดา มารดา ของสมาชิกสหกรณ์ฯ ชื่อ-สกุล

เลขที่สมาชิก

บุคคลในองค์กรหรือหน่วยงาน ระบุ หน่วยงาน

ตำแหน่ง เงินเดือน

การชำระค่าหุ้น

ข้าพเจ้าขอชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า จำนวน **ห้าสิบบาท** และถือหุ้นครั้งแรกจำนวน.....หุ้น (หุ้นละสิบบาท)

เป็นเงิน บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองถ้อยคำที่ให้ไว้ต่อสหกรณ์ว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ / /

เอกสารประกอบ สำเนาบัตรประชาชน

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสลิปเงินเดือนล่าสุด

สำเนาทะเบียนสมรส

สำเนาบัตรประชาชนผู้รับประโยชน์

สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับประโยชน์

คำรับรองการสมัครเป็นสมาชิกสมทบ

<p>กรณีเป็นบุคคลในครอบครัวสมาชิกหลัก ข้าพเจ้าขอรับรองและยินยอมให้ผู้สมัครซึ่งเป็น</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา</p> <p>สมัครสมาชิกสมทบ</p> <p>ลงชื่อ.....สมาชิกหลัก (.....)</p> <p>เลขที่สมาชิก.....</p>	<p>กรณีบุคคลในองค์กรหรือหน่วยงาน</p> <p>ลงชื่อ ผู้รับรอง (.....)</p> <p>เลขที่สมาชิก.....</p> <p>ลงชื่อ ผู้บังคับบัญชา (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p>
--	---

ข้าพเจ้าขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

- ข้าพเจ้าได้ทราบข้อความตามบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์
- ข้าพเจ้ายอมปฏิบัติตามมติคณะกรรมการดำเนินการ ประกาศ คำสั่ง ระเบียบ ข้อบังคับของสหกรณ์ทุกประการ ทั้งในปัจจุบันและภายหน้า
- หากข้าพเจ้าถึงแก่กรรมหากได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆอันเกิดขึ้นจากการเป็นสมาชิกสมทบ ให้หักภาระหนี้ซึ่งต้องชำระคืนแก่สหกรณ์ก่อน ส่วนที่เหลือให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์ ตามที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ / /

เอกสารแนบ

- 1. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ 1 ชุด
- 2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์ 1 ชุด

ทะเบียนเลขที่.....

หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเพชรบุรี จำกัด
วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเพชรบุรี จำกัด
เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขอแสดงเจตนาตั้งผู้รับโอนประโยชน์ซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเพชรบุรี จำกัด โดย
หนังสือนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างเป็นสมาชิกสหกรณ์นี้ ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินที่ข้าพเจ้ามีสิทธิที่
จะได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเพชรบุรี จำกัด ให้แก่บุคคล รวม คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

- 1. เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
- 2. เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
- 3. เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
- 4. เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
- 5. เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

(ลงชื่อ)ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)