



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญ  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....หมายเลขบัตรประจำตัว.....  
ที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ได้รับทราบข้อความในข้อบังคับ  
ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด โดยตลอดแล้ว เห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ฯ จึงขอสมัครเข้า  
เป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานต่อไปนี้

1.ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี (เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....) สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....  
2.ข้าพเจ้าเป็น ( ) ข้าราชการ ( ) ลูกจ้างประจำ ( ) พนักงานในองค์การของรัฐ ตำแหน่ง.....  
หน่วยงาน.....ระดับ.....ชั้น.....สังกัด.....  
กระทรวงสาธารณสุข เงินได้รายเดือน.....บาท เงินประจำตำแหน่ง.....บาท รวมรายได้.....บาท

3.ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์ออมทรัพย์อื่น  
4.ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนง ส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท (มูลค่าหุ้นละ10บาท)  
5.ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมดที่ข้าพเจ้ามีอยู่ดังต่อไปนี้ (แสดงรายละเอียดของแต่ละรายการและสำนักงาน  
เจ้าหนี้ จำนวนหนี้สินตั้งแต่แรก อัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อปี หลักประกันที่ให้ไว้ จำนวนดอกเบี้ยค้างชำระ จำนวนเงินต้น  
คงเหลือและเป็นหนี้เพื่อการใดให้ครบทุกรายการ)

- 1).....
- 2).....

ข้อ 6.ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอกู้เงินสหกรณ์เพื่อชำระหนี้สิน ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังกล่าว  
ใน ข้อ 5 เป็นเงินจำนวน.....บาท

ในกรณีที่มิหนี้สินอยู่แต่ไม่ประสงค์ขอกู้เพื่อชำระหนี้สินนั้นหรือขอกู้น้อยกว่าจำนวนหนี้สิน ข้าพเจ้าขอชี้แจง  
เหตุผลต่อไปนี้.....

ข้อ 7.ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจาก  
สหกรณ์ฯ หักเงินซึ่งข้าพเจ้าพึงต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์ฯ ได้

ข้อ 8. ข้าพเจ้าจะชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรกต่อสหกรณ์ฯ ให้เสร็จภายในวันซึ่ง  
สหกรณ์ฯกำหนดตามข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ โดยยินยอมให้ปฏิบัติตามความใน ข้อ 7 ได้ด้วย

ข้อ 9. ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร  
(.....)

## คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ขอรับรองว่า ตามที่ผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครผู้มีคุณสมบัติถูกต้องตรงตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด นี้ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

- หมายเหตุ** 1.ข้าราชการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปรับรองตัวเองได้  
2.สะสมหุ้นอย่างน้อยต้องเป็นอัตราซึ่งกำหนดไว้ในข้อบังคับและระเบียบสหกรณ์ แต่ถ้าจะแสดงความจำนงส่งค่าหุ้นสะสมสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ก็ยอมได้

### ตารางการส่งค่าหุ้นรายเดือน

#### เงินได้รายเดือน (บาท)

ไม่เกิน	10,000	บาท
เกินกว่า	10,010 – 12,000	บาท
เกินกว่า	12,010 – 14,000	บาท
เกินกว่า	14,010 – 16,000	บาท
เกินกว่า	16,010 – 18,000	บาท
เกินกว่า	18,010	บาทขึ้นไป

#### การถือหุ้นรายเดือน (บาท)

70	หุ้น	700	บาท
90	หุ้น	900	บาท
110	หุ้น	1,100	บาท
130	หุ้น	1,300	บาท
150	หุ้น	1,500	บาท
170	หุ้น	1,700	บาท

#### หลักฐานในการสมัคร

- 1.สำเนาบัตรข้าราชการ/สำเนาบัตรประชาชน
- 2.สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3.สลิปเงินเดือนล่าสุด
- 4.หนังสือรับรองการเป็นข้าราชการจากหน่วยงาน
- 5.ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบัน
- 6.สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย (หน้าแรกที่มีเลขบัญชี)