เลขประจำตัวประชาชน ผู้สมัคร ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด 2 (ส.สอ.ม.2)

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก ส.สอ.ม. 2

เรียน นายกสมาคมฯ ส.สอ.ม.2

1.ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

เป็น ☐ ข้าราชการ ☐พนักงานของรัฐ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ลูกจ้างชั่วคราว ☐ อื่น ๆ.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง (ตาม จ.18)……...……..

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด โดยข้าพเจ้าทราบ และรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ส.สอ.ม 2 ที่ใช้อยู่ปัจจุบันนี้ หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลังทุกประการ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ทาง สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด หักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด ส่งให้ ส.สอ.ม 2 เป็นเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าประจำปี

ชื่อคู่สมรส..... …….

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

2.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ ส.สอ.ม.2 พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้และยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้นเท่ากับจำนวนหนี้สินข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้

1.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

2.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

3.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....)

คำรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน หรือ สมาชิก ส.สอ.ม2 (ต้องไม่ใช่สามีหรือภรรยาของผู้สมัคร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ส.สอ.ม 2 และยินยอมให้หักเงินเดือน หรือเงินค่าจ้าง เพื่อชำระเงินสงเคราะห์ประจำเดือน สมควรได้รับไว้พิจารณาเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

ตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานราชการ .....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

สมาชิก ส.สอ.ม.2 ประเภท เลขทะเบียน

ค่าสมัคร 1,150 บาท

หลักฐานประกอบการสมัคร

*สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้สมัคร และผู้รับผลประโยชน์ ทุกคน

*ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง โรงพยาบาลในสังกัดหน่วยงานของรัฐ ไม่เกิน 30 วัน

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ส่งตามหนังสือที่.....

ลงวันที่.....

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....

อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

เรียน นายกสมาคมฯ

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

...../...../.....

(ลงชื่อ).....

เลขานุการสมาคมฯ

...../...../.....

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

นายกสมาคมฯ

เป็นสมาชิกสมบูรณ์วันที่

.....

เลขทะเบียน.....

(ลงชื่อ).....

เลขานุการสมาคมฯ

ใบตรวจรับรองสุขภาพ

ใบตรวจรับรองสุขภาพนี้ต้องเป็นแพทย์ในสังกัดหน่วยงานของรัฐ
เป็นผู้ลงนามและกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
ได้สอบประวัติและตรวจร่างกายของ.....อายุ.....ปี
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ปรากฏว่า

☐ มีสุขภาพดี
☐ มีโรคประจำตัว ป่วยเป็นโรค.....

ในระยะ 2 ปี ล่วงมาเคยเข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ภายในโรงพยาบาล.....
เมื่อ.....ด้วยโรค.....
ผลการรักษา.....

☐ สมควร ☐ ไม่สมควร ได้รับการพิจารณาเข้าเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....
(.....)
แพทย์ผู้ตรวจรับรอง
ประทับตราของรัฐ

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด 2

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียนใกล้ขีดอันตราย หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ ส.สอ.ม. ให้สิทธิบอกล้างภายในกำหนด 6 เดือน นับแต่วันที่ ส.สอ.ม. 2 ทราบมูลเหตุอันจะบอกล้างได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก ส.สอ.ม.2)
ตัวบรรจง (.....)

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด 2 (ส.สอ.ม.2)

.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิก..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ □□□□□□□□□□□□□ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ายินยอมและมอบอำนาจให้ **สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด 2 (ส.สอ.ม.2)** เป็นผู้ ( ) รับเงินค่าจัดการศพ ( ) รับเงินสงเคราะห์ ( ) อื่นๆ ที่พึงจะได้รับแทนข้าพเจ้า เพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ นาย/นาง/นางสาว.....ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

<u>หมายเหตุ :</u> *ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์ทุกคน ต้องลงนามในเอกสารหนังสือนี้ แยกคนละฉบับ และต้องลงนามต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร*