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

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด (ส.สอ.ม.)

-ติดรูปถ่าย-

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก ส.สอ.ม. ประเภท ☐สามัญ ☐สมทบ

เรียน นายกสมาคมฯ ส.สอ.ม.

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 ที่ใช้อยู่ปัจจุบันนี้ หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลังทุกประการ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ทาง สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด หักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด ส่งให้ ส.สอ.ม เป็นเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าประจำปี

ชื่อคู่สมรส..... …….

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

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

๑.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

๒.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

๓.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....)

คำรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน หรือ สมาชิก ส.สอ.ม (ต้องไม่ใช่สามีหรือภรรยาของผู้สมัคร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ส.สอ.ม และยินยอมให้หักเงินเดือน หรือเงินค่าจ้าง เพื่อชำระเงินสงเคราะห์ประจำเดือน สมควรได้รับไว้พิจารณาเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

ตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานราชการ .....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

สมาชิก ส.สอ.ม ประเภท เลขทะเบียน

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

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

ขอแสดงความนับถือ

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

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด (ส.สอ.ม.)

.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ข้าพเจ้ายินยอมและมอบอำนาจให้ **สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด (ส.สอ.ม.)** 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*