



เลขที่.....

โบสถ์ครเข้าเป็นสมาชิก (สามัญ) อายุไม่เกิน 60 ปี

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด 3 (สม.สธ.ลพ.3)

263/1 ถนนเชียงใหม่-ลำพูน ตำบลเหมืองง่า อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน 51000

เรียนคณะกรรมการสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด 3 (สม.สธ.ลพ.3)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....สมาชิกสหกรณ์ ฯ เลขที่.....  
 เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... ชื่อคู่สมรส (นาย / นาง / นางสาว)  
 .....ปัจจุบันข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก / ซอย.....  
 ถนน..... ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต ..... จังหวัด.....  
 โทรศัพท์..... อาชีพ..... สถานที่ทำงาน..... ตำแหน่ง.....  
 อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... มือถือ.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด 3 หากข้าพเจ้าเป็นหนี้สิน  
 ต่อสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฯ หักเงินจากบัญชีและจัดการศพของข้าพเจ้าชำระหนี้แก่สหกรณ์ฯ เป็นอันดับแรก  
 หากมีเงินเหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในแบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงิน

ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะกรรมการดำเนินการ หรือเจ้าหน้าที่การเงินของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จำกัด ที่  
 จ่ายเงินปันผล และเงินเฉลี่ยคืน ประจำปี ให้แก่ข้าพเจ้าหักเงิน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระให้แก่สมาคม ฯ ตามข้อบังคับข้อที่ 15 ดังนี้

- |                         |             |  |
|-------------------------|-------------|--|
| ก. ค่าสมัคร             | จำนวน       | 100 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)               |
| ข. ค่าบำรุงประจำปี      | จำนวน       | 50 บาท (ห้าสิบบาทถ้วน)                   |
| ค. ค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า | จำนวน       | 1,200 บาท (หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)       |
|                         | รวมทั้งสิ้น | 1,350 บาท (หนึ่งพันสามร้อยห้าสิบบาทถ้วน) |

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบข้อบังคับของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะ ปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

**คำรับรอง**

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อทำยนี้ ขอรับรองว่า ผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีคุณสมบัติ และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
 สาธารณสุขลำพูน จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมาคม ฯ ได้

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคม ฯ เลขที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคม ฯ เลขที่.....

(.....)

มติของคณะกรรมการ ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**เอกสารประกอบใบสมัคร**

- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาบัตรข้าราชการของ  
ผู้สมัคร
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- สำเนาทะเบียนสมรสของผู้สมัคร (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขลำพูน จำกัด (ให้แนบในกรณีที่มีผู้สมัคร  
เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญ)
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ หรือ ชื่อสกุล (ถ้ามี)

 อนุมัติ  ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด 3

## แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.).....สมาชิกสมาคมเลขที่.....  
 สถานที่ทำงาน.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....  
 หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ตามระเบียบ ข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์  
 สาธารณสุขลำพูน จำกัด 3 พ.ศ. 2566 ข้อ 13 โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินตามข้อบังคับดังนี้

- (1).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า  
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- (2).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า  
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- (3).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า  
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- (4).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า  
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- (5).....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า  
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

- ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว
- ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน
- อื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....สมาชิก (ส.ส.ส.ลพ.3)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

### หมายเหตุ

- ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด 3 ได้แก่ สามี หรือภรรยาของสมาชิก บุตรของสมาชิก บิดา หรือ มารดา ของสมาชิก ผู้อุปการะ หรือ ผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิก
- การขาด ลบ ตก เต็ม หรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงในแบบระบุผู้มีสิทธิให้ลงลายมือกำกับไว้
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ให้สมาชิกยื่นคำร้องต่อสมาคม ฯ