



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ชื่อสมาชิก.....เลขทะเบียนที่.....หน่วย.....

บัตรตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิก

[] สมาชิก

ตัวอย่างลายมือชื่อ

วันที่...../...../.....

(โปรดลงลายมือชื่อคนละ 3 ลายมือชื่อ)

ขอรับรองว่า เป็นลายมือชื่อของสมาชิกผู้นี้จริง

1.....

.....พยาน(กรรมการ/ผู้แทนหน่วยงาน)

(.....)

(.....)

2.....

.....พยาน(กรรมการ/ผู้บังคับบัญชา)

(.....)

(.....)

3.....

(.....)

บันทึกของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติแล้ว สามารถสมัครเป็น

[] สมาชิก

(ลงชื่อ).....

ผู้ตรวจสอบ/ วันที่.....

หลักเกณฑ์การสมัครเป็นสมาชิก

ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

1. ใบสมัครสมาชิก
2. หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์
3. ใบขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 2 ฉบับ
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรสของผู้สมัคร (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 2 ฉบับ
6. สลิปเงินเดือนปัจจุบัน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง คนละ 2 ฉบับ
8. ไม่ได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อื่น

หมายเหตุ : ถ้าคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว สหกรณ์จะส่งหักจากเงินได้รายเดือนของสมาชิก ดังนี้

1. ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 100 บาท (หักเดือนแรกครั้งเดียวของการเป็นสมาชิก)
2. เงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ 100 บาท (หักเดือนแรกครั้งเดียวของการเป็นสมาชิก)
3. เงินค่าหุ้นรายเดือน (หักทุกเดือน ตามระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยหุ้น)



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

โทร. ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖-๗, ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

ใบสมัครสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

สถานภาพ [] โสด [] สมรส [] หย่า [] หม้าย เบอร์โทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้.....

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ตรงตามบัตรประชาชน ☐ ที่อยู่อื่นๆโปรดระบุ

เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร ☐ ตรงตามบัตรประชาชน ☐ ตรงตามทะเบียนบ้าน

☐ ที่อยู่อื่นๆ โปรดระบุ เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ฯ โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ฯ

จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน

ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี (เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น [] ข้าราชการ

ตำแหน่ง.....สังกัด [] อบจ.น่าน

ได้รับเงินเดือน.....บาท

ข้อ 3. ข้าพเจ้า ไม่ได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 4. เมื่อข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ ขอแสดงความจำนงค์เงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ฯ
ในอัตราเดือนละ.....บาท (.....)
(ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามระเบียบว่าด้วยหุ้นของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด)

มูลค่าหุ้นละ 10 บาท ตามระเบียบว่าด้วยหุ้น

เงินได้รายเดือน	ไม่เกิน	10,000 บาท		ถือหุ้นรายเดือน	300 บาท
-----"	เกินกว่า	10,000 บาท	ถึง	20,000 บาท	-----" 400 บาท
-----"	"	20,000 บาท	"	25,000 บาท	-----" 500 บาท
-----"	"	25,000 บาท	"	30,000 บาท	-----" 700 บาท
-----"	"	30,000 บาท	"	35,000 บาท	-----" 800 บาท
-----"	"	35,000 บาท	"	40,000 บาท	-----" 900 บาท
-----"	"	40,000 บาท	ขึ้นไป	-----"	1,200 บาท

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอม ให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่การเงินที่จ่ายเงินได้รายเดือน
ของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักจำนวนเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้า ค่าหุ้นรายเดือน และจำนวน
เงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้จดทะเบียนสหกรณ์
นี้ขึ้นแล้ว ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งจะชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับ
ต่อสหกรณ์ และขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ฯ จำนวน 100 บาท ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้
กำหนดการชำระจำนวนเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอม และขอรับรองให้ปฏิบัติตามความในข้อ 5 ด้วย

ข้อ 7.ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกจะปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบ และมติของสหกรณ์ออมทรัพย์-
สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ทุกประการ

ข้อ 8.เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลงในกรณีที่มีหนี้สินกับสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหัก
เงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับจากทางราชการจ่ายชำระหนี้ให้สหกรณ์ฯ จนครบถ้วน

ข้อ 9.เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลงในกรณีที่ไม่มีหนี้สินกับสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้าขอให้สหกรณ์ฯ จ่ายเงิน
ทุนเรือนหุ้นของข้าพเจ้า ตามหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ตามพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553
มาตรา 42/2

ข้อ 10.ถ้อยคำตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 9 เป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน
และได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

(ลงชื่อ).....
(.....)

ผู้สมัคร

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวน
ข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้อง
ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ ข้อ 31 และข้อ 32 และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์-
สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด นี้ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของกรรมการ/ ผู้แทนหน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....ในฐานะเป็นกรรมการ/ ผู้แทนหน่วยงาน

[] อบจ.น่าน(อำเภอ)..... [] อบต. ตรวจสอบแล้วว่า ผู้สมัครมี
คุณสมบัติถูกต้องตามที่กำหนดตามข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์-สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือให้ความยินยอมของสามี/ ภรรยาของสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ยินยอมให้.....
สมาชิกเลขที่.....ซึ่งเป็นสามี/ ภรรยา (ขิดฆ่าคำที่ไม่ใช่ออก) ของข้าพเจ้า ทำนิติกรรมอันเป็นการจัดการ
สินสมรสของข้าพเจ้า และคู่สมรสกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ทั้งที่ทำไว้แล้ว และหรือทำขึ้น
ในวันหนึ่งวันใดในภายหน้าได้ตลอดไป จนกว่าข้าพเจ้าบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์

ในกรณี.....ซึ่งเป็นสามี/ ภรรยา ของข้าพเจ้าถึงแก่กรรม และมีหนี้สิน
กับทางสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหักเงินทุกอย่างอันพึงจะได้ที่ทางราชการจะจ่ายให้ชำระหนี้ให้ทาง
สหกรณ์ฯ จนครบถ้วน

ลงชื่อ.....สามี/ ภรรยา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร)
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน(กรรมการ/ผู้แทนหน่วยงานของผู้สมัคร)
(.....)

หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ข้าพเจ้า.....(ผู้สมัคร)ตำแหน่ง.....
สังกัด.....ขอรับรองว่าข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งหนึ่งแห่งใดอีก
นอกจากการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../.....

ข้าพเจ้า.....(ผู้บังคับบัญชา ระดับ ผอ.กอง)
ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่า.....(ผู้สมัคร)
มิได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งหนึ่งแห่งใดอีก นอกจากการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดน่าน จำกัด

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../.....

(ลงชื่อ).....(ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไปหนึ่งระดับ)
(.....)
...../...../.....



หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์
ตาม พ.ร.บ.สหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 มาตรา 42/2
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....

สังกัด.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นไว้เพื่อแสดงว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอตั้งให้บุคคลที่มีชื่อต่อไปนี้ เป็นผู้รับโอนประโยชน์

1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

เป็นผู้รับเงินค่าหุ้น เงินฝาก หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และยินยอมให้สหกรณ์นำเงินดังกล่าว หักกลบหนี้ที่ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ก่อน

หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้ทำไว้ 2 ฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันทุกประการ ฉบับหนึ่งเก็บไว้ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด อีกฉบับหนึ่ง เก็บไว้ที่ ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้จริง จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ได้รับหนังสือไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ ลงชื่อ.....ผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

(.....)

(.....)

หมายเหตุ: 1. บุคคลผู้รับโอนประโยชน์อาจมีจำนวนเท่าใดก็ได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

2. ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ ของผู้รับโอนประโยชน์



หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์
ตาม พ.ร.บ.สหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 มาตรา 42/2
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....

สังกัด.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นไว้เพื่อแสดงว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอตั้งให้บุคคลที่มีชื่อต่อไปนี้ เป็นผู้รับโอนประโยชน์

1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

เป็นผู้รับเงินค่าหุ้น เงินฝาก หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และยินยอมให้สหกรณ์นำเงินดังกล่าว หักกลบหนี้ที่ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ก่อน

หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้ทำไว้ 2 ฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันทุกประการ ฉบับหนึ่งเก็บไว้ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด อีกฉบับหนึ่ง เก็บไว้ที่ ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้จริง จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ได้รับหนังสือไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ ลงชื่อ.....ผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

(.....)

(.....)

หมายเหตุ: 1. บุคคลผู้รับโอนประโยชน์อาจมีจำนวนเท่าใดก็ได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

2. ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ ของผู้รับโอนประโยชน์



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

โทร. ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖-๗, ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....

ชื่อภาษาอังกฤษ.....

บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้.....

สมาชิกเลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....

มีความประสงค์จะขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์กับสหกรณ์ฯ จำนวน 100 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

บัญชีเลขที่.....ข้าพเจ้ายินยอมผูกพันและปฏิบัติ

ตามระเบียบสหกรณ์ว่าด้วยเงินฝากออมทรัพย์ ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิก

1.

2.

3.

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สมาชิกผู้ขอเปิดบัญชี

เลขประจำตัวบัตรประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เสนอ ผู้จัดการ

- ได้ดำเนินการบันทึกเรียบร้อยแล้ว

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

อนุมัติให้ดำเนินการ

.....ผู้จัดการ

.....วันที่