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.....

<u>หลักเกณฑ์การสมัครเป็นสมาชิก</u>

<u>ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด</u>

1. ใบสมัครสมาชิก
2. หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์
3. ใบขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 2 ฉบับ
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรสของผู้สมัคร (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 2 ฉบับ
6. สำเนาทะเบียนสมรส(ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ
7. สลิปเงินเดือนปัจจุบัน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ
8. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง คนละ 2 ฉบับ
9. 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. ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ Line ID : COOPNAN

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 ☐ ตรงตามบัตรประชาชนชน ☐ ที่อยู่อื่นๆโปรดระบุ

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร ☐ ตรงตามบัตรประชาชนชน ☐ ตรงตามทะเบียนบ้าน

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

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

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ฯ โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ฯ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

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

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น [ ] ข้าราชการ

[ ] ลูกจ้างประจำ

[ ] พนักงานราชการ

[ ] ข้าราชการบำนาญ สังกัด [ ] สสจ.น่าน/ [ ] รพ.น่าน

[ ] เจ้าหน้าที่สหกรณ์

ตำแหน่ง.....สังกัด [ ] สสจ.น่าน [ ] สสอ. ..... [ ] รพ. .....

ได้รับเงินเดือน.....บาท

ข้อ 3. ข้าพเจ้า **ไม่ได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น** ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 4. เมื่อข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ ขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ฯ 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 และจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้จดทะเบียนสหกรณ์นี้ขึ้นแล้ว ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งจะชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ และขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ฯ จำนวน 100 บาท ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระจำนวนเงินดังกล่าวนี้ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 5 ด้วย

ข้อ 7.ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกจะปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบ และมติของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ทุกประการ

ข้อ 8.เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลงในกรณีที่มีหนี้สินกับสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหักเงินบำเหน็จตกทอดหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับจากทางราชการจ่ายชำระหนี้ให้สหกรณ์ฯ จนครบถ้วน

ข้อ 9.เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลงในกรณีที่ไม่มีหนี้สินกับสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้าขอให้สหกรณ์ฯ จ่ายเงินทุนเรือนหุ้นของข้าพเจ้าตามหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ตามพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 มาตรา 42/2

ข้อ 10.ข้าพเจ้าให้ความยินยอมแก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด (“สหกรณ์”) ในการเก็บรวบรวม/ใช้/เปิดเผยให้เจ้าหน้าที่สหกรณ์/กรรมการดำเนินการ/ผู้ตรวจสอบกิจการ/ผู้สอบบัญชี/หน่วยงานราชการที่กำกับดูแลและหน่วยงานที่ทำข้อตกลงร่วมกับสหกรณ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่

1. ข้อมูลของผู้สมัครสมาชิก และผู้รับโอนประโยชน์ ของฝ่ายอำนวยการและสวัสดิการ
2. ข้อมูลสมาชิกผู้กู้และผู้ค้ำประกัน ของฝ่ายสินเชื่อและฝ่ายวิเคราะห์และประมวลผล
3. ข้อมูลสมาชิก ของฝ่ายการเงิน
4. ข้อมูลสมาชิก ของฝ่ายบัญชี
5. รูปถ่าย ที่ใช้ในระบบโปรแกรมสหกรณ์ รวมไปถึงภาพถ่ายบนสำเนาเอกสารต่าง ๆ
6. ข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆที่อาจมีการจัดเก็บเพิ่มเติม เพื่อการตรวจสอบและปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย

เพื่อใช้ประโยชน์ในการตรวจสอบและพิจารณาการสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ การถือหุ้นรายเดือนการทำธุรกรรมฝากเงิน การขอกู้เงิน การเข้าค้ำประกันเงินกู้ และการขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกต่าง ๆ

ข้อ 11.ถ้อยคำตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 10 เป็นความจริงทุกประการ โดยข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดเกี่ยวกับหนังสือนี้และได้รับคำอธิบายจากสหกรณ์เป็นอย่างดีแล้ว และข้าพเจ้าให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง **จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานและได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง**

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้สมัคร

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ ข้อ 31 และข้อ 32 และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์-สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด นี้ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของกรรมการ/ ผู้แทนหน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....ในฐานะเป็นกรรมการ/ ผู้แทนหน่ วยงาน
[ ] สสจ.น่าน [ ] รพ.น่าน [ ] รพช. ..... [ ] สสอ. .....
ได้ตรวจสอบแล้วว่า ผู้สมัครมีคุณสมบัติถูกต้องตามที่กำหนดตามข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์-สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือให้ความยินยอมของสามี/ ภรรยาของสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ยินยอมให้.....
สมาชิกเลขที่.....ซึ่งเป็นสามี/ ภรรยา (ขีดฆ่าคำที่ไม่ใช้ออก) ของข้าพเจ้า ทำนิติกรรมอันเป็นการจัดการสินสมรสของข้าพเจ้า และคู่สมรสกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ทั้งที่ทำไว้แล้ว และหรือทำขึ้นในวันหนึ่งวันใดในภายหน้าได้ตลอดไป จนกว่าข้าพเจ้าบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์

ในกรณี.....ซึ่งเป็นสามี/ ภรรยา ของข้าพเจ้าถึงแก่กรรม และมีหนี้สินกับทางสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหักเงินทุกอย่างอันพึงจะได้ที่ทางราชการจะจ่ายให้ชำระหนี้ให้ทางสหกรณ์ฯ จนครบถ้วน

ลงชื่อ.....สามี/ ภรรยา
(.....)

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

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

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.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

2.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

3.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

4.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

5.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

เป็นผู้รับเงินค่าหุ้น เงินฝาก หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และยินยอมให้สหกรณ์นำเงินดังกล่าว หักกลบลบหนี้ที่ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน 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.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

2.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

3.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

4.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

5.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

เป็นผู้รับเงินค่าหุ้น เงินฝาก หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และยินยอมให้สหกรณ์นำเงินดังกล่าว หักกลบลบหนี้ที่ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน 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.....ข้าพเจ้ายินยอมผูกพันและปฏิบัติตามระเบียบสหกรณ์ว่าด้วยเงินฝากออมทรัพย์ ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิก

1. .....
2. .....
3. .....

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สมาชิกผู้ขอเปิดบัญชี

เลขประจำตัวบัตรประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

เสนอ ผู้จัดการ

- ได้ดำเนินการบันทึกเรียบร้อยแล้ว

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

อนุมัติให้ดำเนินการ

.....ผู้จัดการ

.....วันที่