

หลักเกณฑ์การสมัครเป็นสมาชิก/ สมทบ ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

1. ใบสมัครสมาชิก และแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร 2 ใบ
2. ใบขอเปิดบัญชีออมทรัพย์ ATM สหกรณ์
3. หนังสือตั้งผู้รับ โอนประโยชน์ และแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับ โอน คนละ 2 ใบ
4. แนบเอกสารหลักฐานตามที่แจ้งในแบบฟอร์มการสมัคร
5. ถ้าคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว สหกรณ์จะส่งหักจากเงินได้รายเดือนของสมาชิก ดังนี้

- 1 ค่าธรรมเนียมแรกเข้า (หักเดือนแรกเข้าเป็นสมาชิก)
- 2 เงินฝากออมทรัพย์ ATM (หักเดือนแรกเข้าเป็นสมาชิก)
- 3 เงินค่าหุ้นรายเดือน (หักทุกเดือน)

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

สังกัดหน่วยงาน.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

ตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิก



1.....

2.....



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

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

บัตรตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิก

[] สมาชิก

[] สมทบ

ตัวอย่างลายมือชื่อ

วันที่...../...../.....

(โปรดลงลายมือชื่อคนละ 3 ลายมือชื่อ)

ขอรับรองว่า เป็นลายมือชื่อของสมาชิกผู้นี้จริง

1.....

.....พยาน (กรรมการ/ผู้แทนหน่วยงาน

(.....)

2.....

.....พยาน (ผู้บังคับบัญชา)

(.....)

3.....

แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนประกอบการสมัคร

บันทึกของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติแล้วสามารถสมัครเป็น

[] สมาชิก

[] สมทบ

(ลงชื่อ).....

ผู้ตรวจสอบ/ วันที่.....



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED
๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐
โทร. ๐-๕๔๓๑-๘๘๔๖-๓, ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๔๓๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

ใบสมัคร

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

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

สถานภาพ [] โสด [] สมรส [] หย่า [] หม้าย บ้านเลขที่.....หมู่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ฯ โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ฯ
จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และขอให้ถือยศคำเป็นหลักฐาน
ดังต่อไปนี้

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

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น () ข้าราชการ () ลูกจ้างประจำ () ลูกจ้างชั่วคราว

() พนักงานราชการ () อื่นๆ

ตำแหน่ง.....สังกัด () สสอ. () รพ.....

ได้รับเงินเดือน.....บาท

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 4. เมื่อข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ ขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ฯ

ในอัตราเดือนละ.....บาท (.....)

(ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามระเบียบว่าด้วยหุ้นของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด)

มูลค่าหุ้นละ 10 บาท

ตามระเบียบว่าด้วยหุ้น

เงินได้รายเดือน	ไม่เกิน	10,000 บาท		ถือหุ้นรายเดือน	250 บาท
-----“-----	เกินกว่า	10,000 บาท	ถึง	15,000 บาท	-----“----- 500 บาท
-----“-----	“	15,000 บาท	“	20,000 บาท	-----“----- 750 บาท
-----“-----	“	20,000 บาท	“	25,000 บาท	-----“----- 1,000 บาท
-----“-----	“	25,000 บาท	“	30,000 บาท	-----“----- 1,250 บาท
-----“-----	“	30,000 บาท	“	35,000 บาท	-----“----- 1,500 บาท
-----“-----	“	35,000 บาท	“	40,000 บาท	-----“----- 1,750 บาท
-----“-----	“	40,000 บาท	ขึ้นไป		-----“----- 2,000 บาท

หมายเหตุ ในกรณีที่สมาชิกมีความประสงค์จะถือหุ้นรายเดือนสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ก็ย่อมเป็นการดี

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอม ให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่การเงินที่จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักจำนวนเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้า ค่าหุ้นรายเดือน และจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้จดทะเบียนสหกรณ์นี้ขึ้นแล้ว ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งจะชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ และขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ATM สหกรณ์ฯ จำนวน 100 บาท ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระจำนวนเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอม และขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 5 ด้วย

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกจะปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบ และมติของสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ทุกประการ

ข้อ 8. เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลงในกรณีที่มีหนี้สินกับสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหักเงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับจากทางราชการจ่ายชำระหนี้ให้สหกรณ์ฯ จนครบถ้วน

ข้อ 9. เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลงในกรณีที่ไม่มียหนี้สินกับสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้าขอให้สหกรณ์ฯ จ่ายเงินทุนเรือนหุ้นของข้าพเจ้า ตามหนังสือตั้งผู้รับ โอนประโยชน์ตามพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 มาตรา 42/2

ข้อ 10. ถ้อยคำตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 9 เป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน และได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

-(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้สมัคร

หนังสือให้ความยินยอมของสามี/ ภรรยาของสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ยินยอมให้.....

สมาชิกเลขที่.....ซึ่งเป็นสามี/ ภรรยา (ขีดฆ่าคำที่ไม่ใช่ออก) ของข้าพเจ้า ทำนิติกรรมอันเป็นการจัดการสินสมรส
ของข้าพเจ้า และคู่สมรสกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ทั้งที่ทำไว้แล้ว และหรือทำขึ้นในวันหนึ่ง
วันใดในภายหน้าได้ตลอดไป จนกว่าข้าพเจ้าบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์

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

ลงชื่อ.....สามี/ ภรรยา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (ผู้บังคับบัญชา)
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (กรรมการ/ ผู้แทนหน่วยงาน)
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้า ได้สอบสวนขอความซึ่งผู้สมัคร ได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติ ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ ข้อ 30 และข้อ 31 และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด นี้ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของกรรมการ/ผู้แทนหน่วยงาน

- ข้าพเจ้า.....ในฐานะเป็นกรรมการ/ผู้แทนหน่วยงาน

[] สสจ.น่าน [] รพ.น่าน [] รพช. [] สสอ.

ได้ตรวจสอบแล้วว่า ผู้สมัครมีคุณสมบัติถูกต้องตามที่กำหนดตามข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....



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 หักกลบลงหนี้ที่ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ก่อน

หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้ทำไว้ 2 ฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันทุกประการ ฉบับหนึ่งเก็บไว้ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด อีกฉบับหนึ่ง เก็บไว้ที่ ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความ โดยตลอดแล้ว 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 อำเภอเมืองน่านจังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐
โทร. ๐-๕๕๗๑-๘๘๘๖-๗, ๐-๕๕๕๕-๓๐๐๓-๒โทรสาร ๐-๕๕๗๑-๘๘๘๖ ต่อ ๑๐๘

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์เพื่อขอผูกบัตรการใช้ระบบ ATM สหกรณ์และเครือข่าย
ของชุมนุมไทยไอซีที จำกัด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ชื่อภาษาอังกฤษ.....

สมาชิกเลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....มีความประสงค์

จะขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์กับสหกรณ์ฯ จำนวน 100 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน) บัญชีเลขที่.....

ข้าพเจ้ายินยอมผูกพันและปฏิบัติตามระเบียบสหกรณ์ฯ ด้วยเงินฝากออมทรัพย์และขอใช้ระบบ ATM สหกรณ์
และจะยอมรับเงื่อนไขการใช้บัตร ATM สหกรณ์ฯ ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิก

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สมาชิกผู้ขอเปิดบัญชี

เลขประจำตัวบัตรประชาชน

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

หมายเหตุ ให้กรอกแบบฟอร์มด้วยลายมือของตัวเองเท่านั้นและแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ

เสนอ ผู้จัดการ

- ได้ดำเนินการบันทึกเรียบร้อยแล้ว

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

อนุมัติให้ดำเนินการ

.....ผู้จัดการ

.....วันที่