



ใบสมัครสมาชิก (สมทบ)

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์อนามัยสุรินทร์

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขสมาชิก ฌสอ.
อนุมัติเป็นสมาชิกเมื่อ.....
สมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อ.....

เขียนที่
วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลสมาชิก (ผู้สมัคร)

ชื่อ-สกุลเลขประจำตัวประชาชน ----
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....E-mail.....
เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด เลขทะเบียน.....

2. เกี่ยวข้องเป็น คู่สมรส บุตร บิดา มารดา พี่-น้อง อสม. อื่นๆ.....

ของ ชื่อ-สกุล เป็นสมาชิก ฌสอ. เลขที่

3. เรียกเก็บเงินจาก

ชื่อ-สกุลเลขประจำตัวประชาชน ----
เลขทะเบียนสหกรณ์.....สังกัดหน่วย.....

ข้าพเจ้ายืนยันว่าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์อนามัยสุรินทร์นี้แล้ว มีความ
เต็มใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับระเบียบและคำสั่งนั้น ๆ ทั้งที่ออกมาก่อนหรือหลังการสมัครของข้าพเจ้า
หรือมีการแก้ไขประการใด ๆ ก็ดี ถ้าหากข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับระเบียบหรือคำสั่งดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้า
ยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่มีข้อโต้แย้งต่อสมาคมฯ แต่อย่างไรก็ดีโดยสิ้นเชิง

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

4. ผู้ยินยอมให้หักเงิน

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล ผู้ยินยอม)ที่อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ.....ของผู้สมัคร
ยินยอมให้สมาคมฯหักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระเป็นค่าสมัคร ค่าบำรุง เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า
ค่าสงเคราะห์ศพ โดยชำระแทน (ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร)

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมให้หักเงิน

(.....)

ใบแสดงความจำนง

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม มีความประสงค์ให้บุคคลต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ

1. ชื่อ-สกุล ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า
 2. ชื่อ-สกุล ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า
 3. ชื่อ-สกุล ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า
- และให้ ชื่อ-สกุล ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นเข้าใจดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน/ผู้รับรอง (ลงชื่อ)..... พยาน/ผู้รับรอง
(.....) (.....)
เลขสมาชิก ฌสอ. เลขสมาชิก ฌสอ.

หมายเหตุ สมาชิกภาพของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะสมบูรณ์เมื่อครบกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับตั้งแต่วันที่คณะกรรมการของสมาคมได้มีมติให้เป็นสมาชิก และผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกได้ชำระเงินค่าสมัครและชำระเงินต่าง ๆ ตามข้อบังคับสมาคมฯ เรียบร้อยแล้ว

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ศพทุกคน
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงของผู้สมัคร (ออกให้โดยโรงพยาบาลของรัฐ)
4. เงินค่าสมัคร 100 บาท, ค่าบำรุงรายปี 50 บาท, เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 2,000 บาท **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 2,150 บาท**