

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง



ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ---

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

(1) คู่สมรสของ.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....

(2) เจ้าหน้าที่สมาคม สส.ชสอ.

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

(5) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน 4,040 บาท (รอบ/.....) ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด

ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก

ชำระจากเงินปันผล,เจดีย์คืน

ชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิก สอเลขที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ

- คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....
 (คราวประชุมเมื่อวันที่.....)
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)
<input type="radio"/> นายก สส.ชสอ
<input type="radio"/> ประธาน สอ.
<input type="radio"/> ผู้จัดการ สอ.

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....



**หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)**

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วย.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

1. สถานภาพ

- โสด
- สมรส คู่สมรสชื่อ.....
- หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์จากเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึ่งจ่าย โดยจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

- 2.1เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.2เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.3เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.4เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.5เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.6เกี่ยวข้องกับ.....

โดยระบุให้บุคคลผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ ชื่อ - สกุลเป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า
อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

3. ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย
(สส.ชสอ.) ยินยอมให้หักเงินที่เกี่ยวข้องกับการนี้ และเงินสงเคราะห์หรือเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามที่เรียกเก็บ ตั้งแต่วันที่จ่าย
ให้ สส.ชสอ. เป็นต้นไป

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม
(ลงชื่อ)พยาน
(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่
(ลงชื่อ)ผู้มีอำนาจลงนาม
(.....)



แบบรายงานสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์.....

เลขที่สหกรณ์.....ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบการสมัครที่.....

และได้ขอใบรับรองแพทย์จาก.....และขอเรียนว่า

ระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้าได้ตรวจหรือไม่ในโรคต่อไปนี้

1. โรคหัวใจ ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....
2. โรคหัวใจในระยยะอันตราย ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....
3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....
4. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์) ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ตัวบรรจง(.....)