

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด..... ได้รับทราบข้อความในระเบียบและข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด โดยตลอดแล้ว ได้เห็นชอบในวัตถุประสงค์และอื่น ๆ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ทุกประการ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด และขอให้ถ้อยคำไว้เป็นหลักฐานสำคัญดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อบังคับ ข้อ 9 ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ทุกประการ

ข้อ 2. ข้าพเจ้าประกอบอาชีพ.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ประกอบอาชีพ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินได้รายเดือน ๆ ละ.....บาท (.....)

ข้อ 3. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชา หรือ เจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าดำเนินการหักเงินได้รายเดือน ณ ที่จ่ายของข้าพเจ้า เพื่อส่งชำระเป็นเงินค่าสงเคราะห์ให้แก่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด เมื่อสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด เรียกเก็บทุกครั้ง โดยจะไม่มีการบอกเลิกการหักเงินเดือนไม่ว่ากรณีใด ๆ ยกเว้นมีความยินยอมเป็นลายลักษณ์จากสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าไม่มีเงินได้รายเดือนให้หัก ณ ที่จ่าย เมื่อสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด เรียกเก็บเงินค่าสงเคราะห์ ข้าพเจ้าจะดำเนินการชำระเงินค่าสงเคราะห์ให้แก่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ให้เสร็จสิ้นภายในวัน เวลา ที่กำหนด

ข้อ 5. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด รับข้าพเจ้าเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด และชำระเงินค่าสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ให้เสร็จสิ้นภายในวัน เวลา ที่กำหนด

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ และข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด เลขที่.....

หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์เงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปีอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ขอทำหนังสือ

แต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์เงินสงเคราะห์ ให้ไว้แก่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา

จำกัด เพื่อแสดงเจตนาว่า เมื่อข้าพเจ้าได้ถึงแก่กรรมลงแล้ว ข้าพเจ้าขอแต่งตั้งให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้มิตีรับเงินสงเคราะห์จาก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ดังนี้

1. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

3. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

4. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

5. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความทั้งหมด พร้อมทั้งระเบียบและข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด เป็นที่เข้าใจเห็นว่าถูกต้องทุกประการแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้แต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)