



ศูนย์ประสานงาน สอ.สสจ.พังงา สมาคมฉาบปฏิกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสรท.)

9/22 ถนนเทศบาลบำรุง ตำบลท้ายช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา 82000

โทรศัพท์ 076- 412413 , 086 6915875 โทรสาร 076- 413436

หนังสือรับทราบ การรับสมาชิกภาพสมบูรณ์  
สมาคมฉาบปฏิกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสรท.)

เขียนที่ ศูนย์ประสานงาน สอ.สสจ.พังงา (สสรท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ได้ยื่น ใบสมัครสมาคมฉาบปฏิกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสรท.) ในวันที่  
.....เข้ารอบสมัครวันที่.....ชำระเงินวันที่.....

และมีสมาชิกภาพสมบูรณ์ วันที่.....

ได้รับทราบถึง ข้อบังคับสมาคมฉาบปฏิกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสรท.) หมวด 4 วิธีการรับสมาชิก  
และการขาดจากสมาชิกภาพ ข้อ 12 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์นับตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนที่ครบ 180 วัน  
คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกและได้ชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามอัตราที่สมาคมกำหนดแก่  
สมาคมแล้ว ยกเว้นสมาชิกที่เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ ส่วนเงินค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามอัตราที่สมาคมกำหนด

( ) ได้ชำระผ่านศูนย์ประสานงาน ณ วันที่รับสมัคร ( ) ชำระเมื่อคณะกรรมการ สสรท.มีมติรับเข้าเป็นสมาชิก และมอบให้  
สหกรณ์ฯดำเนินการเพื่อนำส่ง สสรท.ต่อไป

ข้าพเจ้ายอมรับตามข้อบังคับของสมาคมฯ จึงได้ทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

ในการนี้ ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก ลงชื่อ.....พยาน

(.....) (.....)

รับทราบ

ลงชื่อ.....ทนายท ลงชื่อ.....พยาน

(.....) (.....)

(ผู้รับเงินสงเคราะห์ในฐานะผู้จัดการศพ)

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสรท.)

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....  
ชอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ยินยอมและมอบอำนาจให้ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด หรือ.....  
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....  
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ชอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้ ( ) รับเงินค่าจัดการศพ ( ) รับเงินสงเคราะห์ ( ) อื่น ๆ ที่พึงได้รับ แทนข้าพเจ้า

เพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....  
ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด จนเสร็จภาระหนี้สินด้วยเงินที่ได้รับ จาก สสรท.

ข้าพเจ้าขอรับพิศชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้  
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ      ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
(.....)      (.....)  
ผู้รับเงินสงเคราะห์คนที่ 1      ผู้รับเงินสงเคราะห์คนที่ 2

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ      ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
(.....)      (.....)  
ผู้รับเงินสงเคราะห์คนที่ 3      ผู้รับเงินสงเคราะห์คนที่ 4

ลงชื่อ.....ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจ  
(.....) สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและมอบอำนาจ  
จริง และได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

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