

ใบสมัครสมาชิกสามัญ**สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด (ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

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

โทรศัพท์มือถือ.....ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด และเห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ฯ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

1.ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ข้าพเจ้าเป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ ตำแหน่ง.....สังกัด (หน่วยงานที่ตั้งเบิกเงินเดือน).....สถานที่ปฏิบัติราชการ.....ได้รับเงินได้รายเดือน.....บาท สถานภาพ.....มีสามี/ภรรยา โดยถูกต้องตามกฎหมายชื่อ.....

2.ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ เครดิตสมาคมอื่น ไม่ว่ามีความรับผิดชอบชนิดจำกัดหรือไม่จำกัด

3.ถ้าข้าพเจ้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นสะสมรายเดือนต่อสหกรณ์ออมทรัพย์-สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด อัตราเดือนละ.....บาท (.....)

หลักเกณฑ์การถือหุ้น (หุ้นละ 10 บาท)

- เงินเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ถือหุ้นไม่น้อยกว่า 80 หุ้น เป็นเงิน 800 บาท
- เงินเดือน 10,000 บาท ขึ้นไป ถือหุ้นไม่น้อยกว่า 100 หุ้น เป็นเงิน 1,000 บาท

4.ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมหรือขอร้องผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ฯ โปรดหักเงินสะสมรายเดือนและจำนวนเงินรายงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าส่งต่อสหกรณ์ฯ จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์ฯ ด้วย

5.ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ฯ ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินสะสมรายเดือนตั้งแต่แรกต่อสหกรณ์ฯ ให้เสร็จภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการได้กำหนดชำระเงินจำนวนดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความใน ข้อ.4 แห่ง ใบสมัครนี้ด้วย

6.ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและมติของสหกรณ์ฯ ทุกประการ และได้แนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด เลขที่บัญชี.....สาขา.....และหลักฐานการสมัครสมาชิกมาพร้อมหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

*******หลักฐานการสมัครสมาชิก*******

1. รายละเอียดการหักเงินเดือน (สลิปเงินเดือน)
 2. ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 50 บาท
 3. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
 4. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด จำนวน 1 ฉบับ
 6. ส่งใบสมัครภายในวันที่ 15 นำเข้าที่ประชุมพิจารณาสิ้นเดือนนั้น
- ***ผู้สมัครกรุณานำแบบเอกสารและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน***

**หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินเดือนและเงินได้อื่น
ชำระหนี้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....

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

รับราชการตำแหน่ง.....สังกัด(หน่วยงานที่ตั้งเบิกเงินเดือน).....

ปฏิบัติราชการที่.....มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์-
สาธารณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด และยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินเดือนและเงินได้อื่น ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ
ส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข-
อุดรดิตถ์ จำกัด ดังนี้

1.ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือน หักเงินเดือนและเงินได้อื่น ค่าจ้าง เงินบำนาญ หรือเงินบำเหน็จ
ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด แจ้งต่อหน่วยงานใน
แต่ละเดือน และส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น ๆ แล้วแต่กรณี ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด

2.กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และได้รับบำเหน็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน
หักเงินบำเหน็จที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด แจ้ง
และส่งเงินจำนวนนั้น ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด แทนข้าพเจ้า

3.การหักเงินเดือนและเงินได้อื่น ค่าจ้าง เงินบำนาญ หรือเงินบำเหน็จ ไม่ว่ากรณีใด เมื่อได้หักชำระหนี้แก่
ทางราชการแล้ว (ถ้ามี) ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก

4.หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมทั้งหมดหรือ
บางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความ และถ้อยคำในหนังสือ
ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (เฉพาะผู้สมัครที่เป็นลูกจ้างประจำ หรือพนักงานราชการ หรือสังกัด อบท.)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....เกี่ยวข้องเป็นผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้ว

ผู้สมัครสมาชิกสหกรณ์ฯ รับเงินเดือนในหน่วยงานของผู้สมัคร จริง และหากสหกรณ์ฯรับเป็นสมาชิกแล้ว หน่วยงาน
ต้นสังกัดจะดำเนินการหักเงินได้รายเดือนของผู้สมัคร ตามที่สหกรณ์ฯแจ้งและส่งเงินจำนวนนั้นให้สหกรณ์ฯต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ใบสมัครสมาชิก

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด (สมาคม 1)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด

เรื่อง ขอสมัครสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด (สมาคม 1)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
3. ใบรับรองแพทย์ (โรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น) จำนวน 1 ฉบับ
4. เงินสด 500.-บาท

(ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 50.-บาท, ค่าบำรุงรายปี 50.-บาท, ค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 4 ศพ ๆ ละ 100.-บาท เป็นเงิน 400.-บาท)

ข้าพเจ้า(ผู้สมัคร).....เลขทะเบียนที่.....ได้เข้าใจข้อบังคับ
ของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด พ.ศ.2549 โดยตลอดแล้ว มีความประสงค์
ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด
จึงขอชี้แจงรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุ.....ปี ข้าพเจ้ารับราชการ/ลูกจ้างประจำ/ตำแหน่ง.....สังกัด
(หน่วยงานที่ตั้งเบิกเงินเดือน).....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
ข้าพเจ้ามี สามี/ภรรยา โดยถูกต้องตามกฎหมายชื่อ.....

2. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติถูกต้องตามข้อบังคับของสมาคมฯทุกประการ

3. ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
(หากมีการย้ายที่อยู่ เปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนนามสกุล ของสมาชิกให้ยื่นคำร้องต่อนายทะเบียนสมาคมฯภายในสิบห้าวัน
นับแต่วันย้ายเปลี่ยนหรือแก้ไขเพื่อสมาคมฯจะได้แก้ไขหลักฐานต่าง ๆ ในทะเบียนให้ถูกต้อง)

4. เมื่อสมาคมฯ รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้วข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงไว้ต่อสมาคมฯว่าเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม
เมื่อชำระหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด แล้ว ให้จ่ายเงินค่าจัดการศพ
และเงินสงเคราะห์ให้แก่บุคคลดังต่อไปนี้ (ต้องเป็นบุคคลในครอบครัวของตน)

4.1.....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

4.2.....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

4.3.....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

(หากผู้รับเงินมีมากกว่า 3 คน ให้ท่านแจ้งเพิ่มในกระดาษแผ่นที่ 2 โดยท่านลงชื่อ,วัน,เดือน,ปีกำกับ) การจ่ายเงินค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ให้แก่บุคคลตามข้อ 3 นั้น โดยมีเงื่อนไขดังนี้ (เลือกได้ 1 ข้อ โดยกาเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการ)

☐ ให้ได้รับเต็มจำนวนตามลำดับก่อนหลังแต่เพียงผู้เดียว (ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้าผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ)

☐ ให้ได้รับส่วนแบ่งทุกคนเท่า ๆ กัน ...เมื่อระบุงการรับเงินสงเคราะห์แล้ว ให้ผู้สมัครลงชื่อกำกับหน้าซองว่างให้ด้วย...

5. ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า หักเงินได้รายเดือน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระค่าบำรุงและเงินสงเคราะห์ ส่งให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด

6. เมื่อสมาคมฯรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่กรรมหากข้าพเจ้ามีหนี้สินกับสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์ จำกัด และสภกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินสงเคราะห์ หักเงินที่ข้าพเจ้าพึงได้ทั้งหมดจากสมาคมนี้ เพื่อชำระหนี้พร้อมดอกเบี้ยให้แก่สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์ จำกัด และสภกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด ให้เสร็จสิ้นเสียก่อน จึงจ่ายเงินที่เหลือให้ทายาทผู้มีสิทธิในข้อ 4 ต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ

(โดยมีสมาชิกของสมาคมไม่น้อยกว่า 2 คน รับรองคุณสมบัติ)

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมฯ เลขประจำตัวสมาชิก.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมฯ เลขประจำตัวสมาชิก.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ใบสมัครสมาชิก “สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุตรดิตถ์” (สมาคม 2)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุตรดิตถ์ (สมาคม 2)

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุตรดิตถ์

- สิ่งที่แนบมาด้วย
- | | |
|--|--------------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. ใบรับรองแพทย์ (โรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. เงินสด 500.-บาท | |

(ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 50.-บาท,ค่าบำรุงรายปี 50.-บาท,ค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 4 ศพ ๆ ละ 100.-บาท เป็นเงิน 400.-บาท)

ข้าพเจ้า(ผู้สมัคร).....เลขทะเบียนที่.....ได้เข้าใจข้อบังคับ
ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด พ.ศ.2553 โดยตลอดแล้ว มีความประสงค์
ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขอุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด
จึงขอชี้แจงรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุ.....ปี ข้าพเจ้ารับราชการ/ลูกจ้างประจำ/ตำแหน่ง.....สังกัด
(หน่วยงานที่ตั้งเบิกเงินเดือน).....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
ข้าพเจ้ามี สามี/ภรรยา โดยถูกต้องตามกฎหมายชื่อ.....

2. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติถูกต้องตามข้อบังคับของสมาคมฯทุกประการ

3. ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
(หากมีการย้ายที่อยู่ เปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนนามสกุล ของสมาชิกให้ยื่นคำร้องต่อนายทะเบียนสมาคมฯภายในสิบห้าวัน
นับแต่วันย้ายเปลี่ยนหรือแก้ไขเพื่อสมาคมฯจะได้แก้ไขหลักฐานต่าง ๆ ในทะเบียนให้ถูกต้อง)

4. เมื่อสมาคมฯ รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้วข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงไว้ต่อสมาคมฯว่าเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม
เมื่อชำระหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่กับสภกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด แล้ว ให้จ่ายเงินค่าจัดการศพ
และเงินสงเคราะห์ให้แก่บุคคลดังต่อไปนี้ (ต้องเป็นบุคคลในครอบครัวของตน)

4.1.....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

4.2.....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

4.3.....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

(หากผู้รับเงินมีมากกว่า 3 คน ให้ท่านแจ้งเพิ่มในกระดาษแผ่นที่ 2 โดยท่านลงชื่อ,วัน,เดือน,ปีกำกับ) การจ่ายเงินค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ให้แก่บุคคลตามข้อ 3 นั้น โดยมีเงื่อนไขดังนี้ (เลือกได้ 1 ข้อ โดยกาเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการ)

☐ ให้ได้รับเต็มจำนวนตามลำดับก่อนหลังแต่เพียงผู้เดียว (ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้าผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ)

☐ ให้ได้รับส่วนแบ่งทุกคนเท่า ๆ กัน เมื่อระบุงการรับเงินสงเคราะห์แล้ว ให้ผู้สมัครลงชื่อกำกับหน้าซองว่างให้ด้วย

5. ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า หักเงินได้รายเดือน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระค่าบำรุงและเงินสงเคราะห์ ส่งให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุดรดิตถ์

6. เมื่อสมาคมฯรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่กรรมหากข้าพเจ้ามีหนี้สินกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขอุดรดิตถ์ จำกัดและสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินสงเคราะห์หักเงินที่ข้าพเจ้าพึงได้ทั้งหมดจากสมาคมนี้ เพื่อชำระหนี้พร้อมดอกเบี้ยให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขอุดรดิตถ์และสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำกัด ให้เสร็จสิ้นเสียก่อน จึงจ่ายเงินที่เหลือให้ทายาทผู้มีสิทธิในข้อ 4 ต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุดรดิตถ์

(โดยมีสมาชิกของสมาคมไม่น้อยกว่า 2 คน รับรองคุณสมบัติ)

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมฯ เลขประจำตัวสมาชิก.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุดรดิตถ์ ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมฯ เลขประจำตัวสมาชิก.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุดรดิตถ์ ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)