

เลขที่สมาชิก.....

ใบสมัครสมาชิกสมทบ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้างชั่วคราว)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด

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

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

จังหวัด.....โทรศัพท์มือถือ.....ได้ทราบข้อความในระเบียบ ข้อบังคับ

ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของ สหกรณ์ฯ จึงขอสมัครเป็นสมาชิก
สหกรณ์ และให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าอายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ข้าพเจ้าเป็น

☐ ลูกจ้างประจำเกษียณอายุราชการ สังกัด (หน่วยงานที่ตั้งเบิกเงินเดือน).....

☐ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้างชั่วคราว สังกัด (หน่วยงานที่ตั้งเบิกเงินเดือน).....

ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....

ระยะเวลาการจ้าง.....เดือน/ปี ได้รับค่าจ้างเดือนละ.....บาท สถานภาพ.....

มีสามี/ภรรยา โดยถูกต้องตามกฎหมายชื่อ.....

2. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อื่น

3. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งทุนเรือนหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ฯ อัตรา
เดือนละ.....บาท (.....) (ขั้นต่ำ 500.-บาท หรือ 50 หุ้น)

4. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ ข้าพเจ้ายินยอมและขอรับรองให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้
รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ หักจำนวนเงินค่าทุนเรือนหุ้นรายเดือน และจำนวนเงินงวดชำระหนี้
ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์ฯ ด้วย

5. ข้าพเจ้าสัญญาว่าถ้าคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ฯ ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะชำระ
ค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินสะสมรายเดือนตั้งแต่แรกต่อสหกรณ์ฯ ให้เสร็จภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการ
ได้กำหนดชำระเงินจำนวนดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและขอรับรองให้ปฏิบัติตามความใน ข้อ 4 แห่ง ใบสมัครนี้ด้วย

6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและมติของสหกรณ์ฯ ทุกประการ และได้แนบสำเนา
สมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด เลขที่บัญชี.....สาขา.....
มาพร้อมหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

หลักฐานการสมัครสมาชิกสมทบ

1. รายละเอียดการหักเงินเดือน (สลิปเงินเดือน)

2. ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 50 บาท

3. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ

4. บัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ

5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด จำนวน 1 ฉบับ

6. ส่งใบสมัครภายในวันที่ 15 นำเข้าที่ประชุมพิจารณาสิ้นเดือนนั้น

หมายเหตุ ผู้สมัครกรุณานำเอกสารและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินเดือนและเงินได้อื่นชำระหนี้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

.....ปฏิบัติราชการที่.....มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์-

ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด และยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินเดือนและเงินได้อื่น ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด ดังนี้

1.ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือน หักเงินเดือนและเงินได้อื่น ค่าจ้าง เงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด แจ้งต่อหน่วยงานในแต่ละเดือน และส่งชำระหนี้ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น ๆ แล้วแต่กรณี ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด

2.กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และได้รับบำเหน็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หักเงินบำเหน็จที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด แจ้งและส่งเงินจำนวนนั้น ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด แทนข้าพเจ้า

3.การหักเงินเดือนและเงินได้อื่น ค่าจ้าง เงินบำนาญ หรือเงินบำเหน็จ ไม่ว่ากรณีใด เมื่อได้หักชำระหนี้ แก่ทางราชการแล้ว (ถ้ามี) ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก

4.หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมทั้งหมดหรือบางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความ และถ้อยคำในหนังสือทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....เกี่ยวข้องเป็นผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้ว ผู้สมัครสมาชิกสหกรณ์ฯ รับเงินเดือนในหน่วยงานของผู้สมัคร จริง และหากสหกรณ์ฯรับเป็นสมาชิกแล้ว หน่วยงานต้นสังกัดจะดำเนินการหักเงินได้รายเดือนของผู้สมัคร ตามที่สหกรณ์ฯแจ้งและส่งเงินจำนวนนั้นให้สหกรณ์ฯต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

คำรับรองของผู้มีหน้าที่หักเงินเดือน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว/.....รับเงินเดือนที่.....

ผู้สมัครสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด ยินยอมให้ข้าพเจ้าผู้มีหน้าที่หักเงินเดือนหักเงินได้รายเดือนที่พึงได้รับจากทางราชการส่งชำระค่าหุ้นรายเดือนหรือหนี้สินอื่น ๆ แล้วแต่กรณี ให้สหกรณ์ฯทุกเดือน

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่หักเงินเดือน

(.....)

ใบสมัครสมาชิก

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด (สมาคม 1)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด

เรื่อง ขอสมัครสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 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
ของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์ จำกัด พ.ศ.2549 โดยตลอดแล้ว มีความประสงค์
ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 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
เมื่อชำระหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่กับสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์ 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 “สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุดรดิตถ์” (สมาคม 2)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุดรดิตถ์ (สมาคม 2)

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุดรดิตถ์

- 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.....ได้เข้าใจข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด พ.ศ.2553 โดยตลอดแล้ว มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขอุดรดิตถ์และโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 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 ของสมาชิกให้ยื่นคำร้องต่อนายทะเบียนสมาคมฯภายในสิบห้าวันนับแต่วันย้ายเปลี่ยนหรือแก้ไขเพื่อสมาคมฯจะได้แก้ไขหลักฐานต่าง ๆ ในทะเบียนให้ถูกต้อง)

4. เมื่อสมาคมฯ รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้วข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงไว้ต่อสมาคมฯว่าเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมเมื่อชำระหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขอุดรดิตถ์ จำกัด แล้ว ให้จ่ายเงินค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ให้แก่บุคคลดังต่อไปนี้ (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 ให้ผู้สมัครลงชื่อกำกับหน้าซองว่างไปด้วย

5. ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า หักเงินได้รายเดือน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระค่าบำรุงและเงินสงเคราะห์ ส่งให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุตรดิตถ์

6. เมื่อสมาคมฯรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่กรรมหากข้าพเจ้ามีหนี้สินกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขอุตรดิตถ์ จำกัดและสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินสงเคราะห์หักเงินที่ข้าพเจ้าพึงได้ทั้งหมดจากสมาคมนี้ เพื่อชำระหนี้พร้อมดอกเบี้ยให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขอุตรดิตถ์และสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด ให้เสร็จสิ้นเสียก่อน จึงจ่ายเงินที่เหลือให้ทายาทผู้มีสิทธิในข้อ 4 ต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุตรดิตถ์

(โดยมีสมาชิกของสมาคมไม่น้อยกว่า 2 คน รับรองคุณสมบัติ)

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

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

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

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุตรดิตถ์ ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

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

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

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

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขอุตรดิตถ์ ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)