



เลขที่ประจำตัวสมาชิก.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี

เขียนที่สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

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

อายุ.....ปี สัญชาติ.....ชื่อคู่สมรส.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ID line.....e-mail.....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี
หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

1.บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า

2.บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า

3.บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี
โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)

โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

- ☐ ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว
- ☐ ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน
- ☐ อื่นๆ



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน..... อายุ ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า เพื่อประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| (4.1) โรคมะเร็ง | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| (4.3) โรควัณโรคในระยะอันตราย | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| (4.5) โรคเอดส์ | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| (4.6) โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| (4.7) โรคตับแข็ง | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| (4.8) โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| (4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต) | ☐ ไม่มี | ☐ มี |

5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว ขอให้ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนด 1 ปี ทาง สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และขอมอบอำนาจให้ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)

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

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



หนังสือยินยอมให้หักเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนชำระเงินให้กับสหกรณ์ฯ

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นสระบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนเกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ เลขทะเบียน.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....

อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้าพเจ้าเป็น ☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ พนักงานจ้างตาม
☐ ภารกิจ ☐ พนักงานจ้างทั่วไป ☐ เจ้าหน้าที่สหกรณ์

ข้าพเจ้าขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักฐานว่า ข้าพเจ้าได้ยินยอมให้สหกรณ์ฯ หักเงินปันผล และเงินเฉลี่ยคืนที่ข้าพเจ้าพึงมีสิทธิได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นสระบุรี จำกัด ในระหว่างที่เป็นสมาชิกอยู่ เพื่อชำระค่าบำรุงรายปี ประกันชีวิต เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) , ฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.) , สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.) และสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี (สส.ท.สบ) ทุกๆปี จนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษร

หนังสือยินยอมนี้ทำขึ้นด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ และให้มีผลบังคับตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ).....(พยาน/เจ้าหน้าที่)
(.....)

เอกสารประกอบการสมัคร

1. ใบสมัครสมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามราชบัณฑิตยสถาน
2. ใบรับรองแพทย์ รพ.ของรัฐ
3. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
4. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับโอนประโยชน์ (ทุกคน)