



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ

รูป  
สมาชิกสมทบ

รับที่.....  
วันที่.....  
ผู้รับ.....เวลา.....น.

เลขทะเบียนสมาชิก.....

เขียนที่.....  
วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

(ชื่อ - นามสกุล ภาษาอังกฤษ).....

หมายเลขบัตรประชาชน

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง..... อัตราเงินเดือน..... บาท

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่บ้าน)..... เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ).....

เห็นชอบในวัตถุประสงค์ ข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด จึงขอสมัคร  
เข้าเป็นสมาชิก และขอให้ถ้อยคำต่อสหกรณ์ฯ ดังนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี เกิดเมื่อวันที่.....

สถานภาพ  โสด  สมรส (ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส).....

หย่า  หม้าย

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามีสถานภาพเป็น (ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความ)

- ( ) เคยเป็นแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร  
และวชิรพยาบาล หรือ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ หรือ
- ( ) เป็นหรือเคยเป็น แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ของคณะแพทยศาสตร์  
วชิรพยาบาล หรือ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
- ( ) เป็นลูกจ้างชั่วคราวสังกัดสำนักงานการแพทย์ หรือ ลูกจ้างชั่วคราวของหน่วยงานประกันสังคมของ  
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์
- ( ) ลูกจ้างมูลนิธิวชิรพยาบาลหรือ ลูกจ้างสโมสรวชิรพยาบาล หรือ ลูกจ้างมูลนิธิของโรงพยาบาลใน  
สังกัดสำนักงานการแพทย์
- ( ) เป็นบุตร คู่สมรส บิดา มารดา ของสมาชิกสามัญ (ชื่อ.....เลขสมาชิก.....)
- ( ) เป็นบุคคลที่มีอำนาจถอนเงินฝากจากสหกรณ์ตามที่สมาชิกสามัญได้ระบุไว้ในหนังสือขอเปิด  
บัญชีเงินฝากกับสหกรณ์ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2548 หรือ
- ( ) เป็นบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ ในวชิรพยาบาล (ระบุชื่อชมรม .....
- ( ) เป็นบุคคลซึ่งตั้งบ้านเรือน หรือประกอบอาชีพอยู่ในท้องที่แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต  
กรุงเทพมหานคร

**ข้อ 3.** ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ข้าพเจ้าขอให้  
คำรับรองและคำสัญญาต่อทางสหกรณ์ ดังต่อไปนี้

(1) ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์อื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ในการออมทรัพย์  
และให้กู้ยืมเงินเช่นเดียวกับสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

(2) ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าเป็นจำนวนเงิน 150.- บาท และเงินค่าหุ้นรายเดือน  
งวดแรกต่อสหกรณ์ เป็นเงินไม่น้อยกว่า 100.00 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

(3) ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกสมทบ ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอส่งเงินค่าหุ้นต่อสหกรณ์ในอัตรา  
เดือนละ.....บาท จนครบจำนวนเงิน 10,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) โดยให้สหกรณ์หักเงินจาก

บัญชีเงินฝากประเภท.....เลขที่บัญชี.....

เงินเดือน ณ ที่จ่าย

(4) ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ มติและคำสั่งของสหกรณ์ฯ ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบัน และที่จะมี  
ต่อไปทุกประการ

หากมีข้อความใดที่ระบุในใบสมัครนี้ไม่เป็นความจริง หรือหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามสัญญา  
ที่ให้ไว้แม้เพียงประการเดียว ข้าพเจ้ายินดีให้ทางสหกรณ์ยกเลิกสมาชิกภาพโดยทันที

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

### คำรับรองของสมาชิกสามัญ

ขอรับรองว่า  นาย  นาง  นางสาว.....  
คุณสมบัตินครบถ้วนตามข้อบังคับของสหกรณ์

.....ผู้รับรอง

(.....)

เลขสมาชิก.....

.....ผู้รับรอง

(.....)

เลขสมาชิก.....

<b>หลักฐานใบสมัครประกอบด้วย</b>	(1) สลิปเงินเดือน 1 ชุด	(2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 2 ชุด
	(3) สำเนาบัตรข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ หรือคำสั่งบรรจุ 1 ชุด	
	(4) สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ชุด	(5) สำเนาทะเบียนสมรส 1 ชุด (ถ้ามี)
	(6) รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป	(7) สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคารกรุงไทย
	(8) หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามข้อ 2	

สำหรับผู้บังคับบัญชาในระดับเหนือขึ้นไป หรือ อาจารย์ฝ่ายกิจการนิสิต/นักศึกษา

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ขอรับรองว่า ข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้**เป็นความจริงทุกประการ** ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้บังคับบัญชา/อาจารย์ฝ่ายกิจการฯ

#### **ข้อควรทราบ**

1. ผู้ที่ทำงาน สังกัด รพก,รพจ,รพต,รพท,สนพ,รพล,รพร,รพส,รพน,รพค,สนธ,วทส ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์จะต้องผ่านการตรวจสอบและลงลายมือชื่อรับรองจากกรรมการตัวแทนหรือตัวแทนที่ท่านสังกัด อยู่เสียก่อนทุกครั้ง
2. ผู้สมัครที่ยื่นใบสมัครภายในเดือนใดก็ตาม สมาชิกภาพจะสมบูรณ์เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ ดำเนินการในเดือนถัดไปและสหกรณ์ได้รับชำระค่าหุ้นรายเดือนงวดแรกเรียบร้อยแล้ว



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
ทะเบียนสมาชิก

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
สมาชิกเลขทะเบียนที่.....สหกรณ์รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ  
ดำเนินการ ในการประชุม ชุดที่.....ครั้ง.....วันที่.....  
ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรก วันที่.....  
ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุก  
ประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน

ณ วันที่.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....



สหกรณ์ออมทรัพย์วิชิรพยาบาล จำกัด  
แบบบันทึกข้อมูลสมาชิกใหม่

**คำชี้แจง :** กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ตามความเป็นจริง ข้อใดที่ท่านไม่มีให้ข้ามไปกรอกข้ออื่นได้

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ (น.ส./นาง/นาย).....วัน เดือน ปี เกิด.....

เลขที่บัตรประชาชน

ในกรณีติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ ให้ติดต่อ ชื่อ - นามสกุล .....

โทร.....ที่อยู่.....

2. ประวัติครอบครัว

2.1 บิดา ชื่อ-นามสกุล.....วัน เดือน ปี เกิด.....

เลขที่บัตรประชาชน

ยังมีชีวิตอยู่  ถึงแก่กรรม

2.2 มารดา ชื่อ-นามสกุล.....วัน เดือน ปี เกิด.....

เลขที่บัตรประชาชน

ยังมีชีวิตอยู่  ถึงแก่กรรม

2.3 คู่สมรส ชื่อ-นามสกุล.....วัน เดือน ปี เกิด.....

เลขที่บัตรประชาชน

สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทรศัพท์.....

2.4 บุตรของสมาชิก มีบุตรจำนวน.....คน ดังนี้

บุตรคนที่ 1 วัน เดือน ปี เกิด.....กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น.....

บุตรคนที่ 2 วัน เดือน ปี เกิด.....กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น.....

บุตรคนที่ 3 วัน เดือน ปี เกิด.....กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น.....

2.5 พี่น้องร่วมบิดา/มารดา จำนวน.....คน

เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์วิชิรพยาบาล จำกัด.....คน โดยมีข้อมูล ดังนี้

1. ชื่อ-นามสกุล.....วัน เดือน ปี เกิด.....สังกัด.....

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทรศัพท์.....

2. ชื่อ-นามสกุล.....วัน เดือน ปี เกิด.....สังกัด.....  
 เลขที่บัตรประชาชน       
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
 .....โทรศัพท์.....

3. ชื่อ-นามสกุล.....วัน เดือน ปี เกิด.....สังกัด.....  
 เลขที่บัตรประชาชน       
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
 .....โทรศัพท์.....

4. ชื่อ-นามสกุล.....วัน เดือน ปี เกิด.....สังกัด.....  
 เลขที่บัตรประชาชน       
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
 .....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....  
 (.....)