



รูป
สมาชิกสามัญ

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญ

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

เลขทะเบียนสมาชิก.....

วันที่.....
เขียนที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
(ชื่อ - นามสกุล ภาษาอังกฤษ).....
เลขที่บัตรประชาชน

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).....
 หย่า หม้าย

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานมหาวิทยาลัย ชรก.ใน
สถาบันอุดมศึกษา ได้รับการบรรจุเมื่อวันที่.....สังกัด..... ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง แพทย์
 พยาบาล บริหารทั่วไป ลูกจ้าง ระดับ..... เลขที่รับเงินเดือน.....
อัตราเงินเดือน..... บาท เลขที่บัญชีธนาคารกรุงไทย ที่เงินเดือนโอนเข้า.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

สังกัด วิทยาลัย โรงพยาบาล สำนัก
 ฝ่าย ภาควิชา ศูนย์
 กลุ่มงาน หน่วยงาน.....
 หน่วย/หอ/ห้อง..... อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ข้อ 3. ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืม

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอส่งเงินค่าหุ้นต่อสหกรณ์ใน
อัตราเดือนละ.....บาท

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอม ให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ที่จ่ายเงินได้รายเดือน
ของข้าพเจ้าหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือน และจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้
รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก พร้อมทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันซึ่งคณะกรรมการดำเนินการกำหนด รวมทั้งเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์กับสหกรณ์ เพื่อใช้ทำธุรกรรมระหว่างสหกรณ์กับข้าพเจ้า

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร เลขทะเบียนสมาชิก
(.....)

หมายเหตุ ทางสหกรณ์จะสมัครข้อมูลสมาชิกบนเว็บไซต์สหกรณ์โดยทั้งนี้จะใช้รหัสผ่าน : เลขที่บัตรประชาชน
กลุ่มที่ 3 (มี 5 หลัก)

ข้อควรทราบ - ข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ ท่านใด
สังกัด รพก,รพจ,รพต,รพท,สนพ,รพล,รพพร,รพส,รพว,รพข,
,รพค,สนธ,วทส. ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ จะต้อง
ผ่านการตรวจสอบและลงลายมือชื่อรับรองจากกรรมการ
ตัวแทนหรือตัวแทนที่ท่านสังกัดอยู่เสียก่อนทุกครั้ง

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชาในตำแหน่งไม่ต่ำกว่าหัวหน้างานหรือเทียบเท่า
(ถ้าผู้สมัครเป็นข้าราชการในตำแหน่งตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปไม่ต้องรับรอง)**

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

(ฝ่าย,กลุ่มงาน,ภาควิชา)..... ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตาม
ที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้ **เป็นความจริงทุกประการ** ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะ
ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร

หลักฐานใบสมัครประกอบด้วย (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



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ทะเบียนสมาชิก

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
สมาชิกเลขทะเบียนที่.....รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ
ดำเนินการ ในการประชุม ชุดที่.....ครั้ง.....วันที่.....
ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรก วันที่.....
ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของ
สหกรณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน

ณ วันที่.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
แบบฟอร์มข้อมูลสมาชิกใหม่

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

เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล 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 ข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดในใบแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)