รูป
สมาชิกสมทบ

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ

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

เลขทะเบียนสมาชิก............................

เขียนที่... *
วันที่.. *

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..

(ชื่อ - นามสกุล ภาษาอังกฤษ)...

หมายเลขบัตรประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.................หมู่ที่...........หมู่บ้าน...

ซอย/ตรอก.................................ถนน..ตำบล/แขวง.......................................

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

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

E-MAIL : ....

ข้อมูลการทำงาน สถานที่ทำงาน...สังกัด...

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

เลขบัญชีธนาคารกรุงไทยที่เงินเดือนโอนเข้า.. โทรศัพท์ที่ทำงาน..

เห็นชอบในวัตถุประสงค์ ข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก และขอให้ถ้อยคำต่อสหกรณ์ฯ ดังนี้

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

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

☐ หย่า ☐ หม้าย

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามีความสัมพันธ์กับสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ (ทำเครื่องหมาย √ หน้าข้อความเพียงข้อเดียว)

( ) เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยาหรือบุตรของสมาชิกที่บรรลุนิติภาวะ
โปรดระบุ ชื่อ-นามสกุลสมาชิกสามัญ...เลขสมาชิก...............

( ) เป็นบุคลากร หรือลูกจ้าง ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร และสังกัดสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด และได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างจากหน่วยงานข้างต้น แต่ข้อบังคับไม่ได้กำหนดคุณสมบัติให้ตำแหน่งดังกล่าวเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ได้

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองและคำสัญญาต่อทางสหกรณ์ ดังต่อไปนี้

3.1 ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์อื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ในการออมทรัพย์และให้กู้ยืมเงินเช่นเดียวกับสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

3.2 ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าเป็นจำนวนเงิน 150.00 บาท และเงินค่าหุ้นรายเดือนงวดแรกต่อสหกรณ์ เป็นเงินไม่น้อยกว่า 100.00 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

3.3 ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกสมทบ ในชั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอส่งเงินค่าหุ้นต่อสหกรณ์ ดังนี้ (ทำเครื่องหมาย √ หน้าข้อความเพียงข้อเดียว)

☐ ชำระค่าหุ้น เดือนละ..............................บาท (...) จนครบจำนวนเงิน 10,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) โดยให้สหกรณ์หักเงินจากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสหกรณ์/เงินเดือน ณ ที่จ่าย

☐ ชำระเงินค่าหุ้นเต็มจำนวน 10,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

3.4 ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ มติ และคำสั่งของสหกรณ์ฯ ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่จะมีต่อไปทุกประการ

หากมีข้อความใดที่ระบุในใบสมัครนี้ไม่เป็นความจริง หรือหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามสัญญาที่ให้ไว้แม้เพียงประการเดียว ข้าพเจ้ายินดีให้ทางสหกรณ์ยกเลิกสมาชิกภาพโดยทันที

ลงชื่อ .... ผู้สมัคร

(..)

หลักฐานใบสมัครประกอบด้วย

(1) สำเนาสลิปเงินเดือน จำนวน 1 ชุด (เดือนล่าสุด)
(2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ชุด
(3) สำเนาหนังสือคำสั่ง จำนวน 1 ชุด (ยกเว้นสังกัดสำนักการแพทย์)
(4) สำเนาบัตรลูกจ้างชั่วคราว/บัตรพนักงาน จำนวน 1 ชุด
(5) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
(6) สำเนาทะเบียนสมรส จำนวน 1 ชุด (ถ้ามี)
(7) รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
(8) สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ : กรุณารับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อยทุกฉบับ

ข้อควรทราบ

ข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ ท่านใด สังกัดคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณ ฯ และสังกัดสำนักการแพทย์ ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ จะต้องผ่านการตรวจสอบ และลงลายมือชื่อรับรองจากกรรมการ หรือตัวแทนที่ท่านสังกัดอยู่เสียก่อนทุกครั้ง

คำรับรองของสมาชิกสามัญ

และ

หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล*

ของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

* เขียนที่ ....

* วันที่ ....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)*...

หมายเลขบัตรประชาชน*...หมายเลขทะเบียนสมาชิก*.......................................

ตำแหน่ง*...(ฝ่าย,กลุ่มงาน,ภาควิชา)*...

สังกัด*..โทรศัพท์ที่ทำงาน*...

โทรศัพท์มือถือ*.. E-mail*..

ขอรับรองว่า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว *...

มีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อบังคับของสหกรณ์ทั้งผู้สมัคร

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ดำเนินการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ไว้ในครอบครอง เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด อาทิเช่น การพิจารณาอนุมัติการให้บริการข้อมูล, การจัดทำรายงานสรุป, การประมวลผลสถิติ, การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ และ/หรือ หน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งใช้เพื่อการจัดทำข้อมูลสถิติสำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เป็นต้น

ข้าพเจ้าถือว่าคู่ฉบับ และบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ โทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ถ่ายภาพหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

*..

*(..)

คำรับรองของสมาชิกสามัญ คนที่ 1/ผู้ให้ความยินยอม

*..

*(..)

สมาชิก/พยาน

หมายเหตุ

*** เพื่อให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562**

คำรับรองของสมาชิกสามัญ

และ

หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล*

ของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

เขียนที่ * ....

วันที่ * ....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) * ....

หมายเลขบัตรประชาชน * .... หมายเลขทะเบียนสมาชิก * ....

ตำแหน่ง * .... (ฝ่าย,กลุ่มงาน,ภาควิชา) * ....

สังกัด * .... โทรศัพท์ที่ทำงาน * ....

โทรศัพท์มือถือ * .... E-mail * ....

ขอรับรองว่า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว * ....

มีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อบังคับของสหกรณ์ทั้งผู้สมัคร

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ดำเนินการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ไว้ในครอบครอง เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด อาทิเช่น การพิจารณาอนุมัติการให้บริการข้อมูล, การจัดทำรายงานสรุป, การประมวลผลสถิติ, การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ และ/หรือ หน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งใช้เพื่อการจัดทำข้อมูลสถิติสำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เป็นต้น

ข้าพเจ้าถือว่าคู่ฉบับ และบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ โทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ถ่ายภาพหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

* ....

* (..)

คำรับรองของสมาชิกสามัญ คนที่ 2/ผู้ให้ความยินยอม

* ....

* (..)

สมาชิก/พยาน

หมายเหตุ

*** เพื่อให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562**

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาในตำแหน่งไม่ต่ำกว่าหัวหน้างานหรือเทียบเท่า
(ถ้าผู้สมัครเป็นข้าราชการในตำแหน่งตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปไม่ต้องรับรอง)
และ
หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล*
ของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

* เขียนที่ ....
* วันที่ ....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)* ....
หมายเลขบัตรประชาชน* ....หมายเลขทะเบียนสมาชิก* ....
ตำแหน่ง* ....(ฝ่าย,กลุ่มงาน,ภาควิชา)* ....
สังกัด* ....โทรศัพท์ที่ทำงาน* ....
โทรศัพท์มือถือ* .... E-mail* ....

ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้ **เป็นความจริงทุกประการ** ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ได้

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ดำเนินการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ไว้ในครอบครอง เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด อาทิเช่น การพิจารณาอนุมัติการให้บริการข้อมูล, การจัดทำรายงานสรุป, การประมวลผลสถิติ, การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ และ/หรือ หน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งใช้เพื่อการจัดทำข้อมูลสถิติสำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เป็นต้น

ข้าพเจ้าถือว่าคู่ฉบับ และบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ โทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ถ่ายภาพหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

* ....
* (..)
ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/ผู้ให้ความยินยอม

* ....
* (..)
สมาชิก/พยาน

หมายเหตุ

*** เพื่อให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562**

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
แบบฟอร์มข้อมูลสมาชิกใหม่

คำชี้แจง : กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ตามความเป็นจริง

*1. **ประวัติส่วนตัว**

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

เลขที่บัตรประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..

....

ในกรณีติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ ให้ติดต่อ ชื่อ - นามสกุล ....

ความสัมพันธ์ .... โทร์ศัพท์มือถือ ....

*2. **ประวัติครอบครัว**

2.1 **บิดา ชื่อ-นามสกุล**

ชื่อ (นาย)... โทร์ศัพท์มือถือ ....

2.2 **มารดา ชื่อ-นามสกุล**

ชื่อ (น.ส./นาง)... โทร์ศัพท์มือถือ ....

2.3 **คู่สมรส ชื่อ-นามสกุล**

ชื่อ (น.ส./นาง/นาย).. โทร์ศัพท์มือถือ ....

ที่อยู่ปัจจุบันของคู่สมรส

บ้านเลขที่ .... หมู่ที่ .... หมู่บ้าน ....

ซอย/ตรอก .... ถนน .... ตำบล/แขวง.............................

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดในใบแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ

*
ลงชื่อ*..
(..)

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
ทะเบียนสมาชิก

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)*..อายุ...............ปี
สมาชิกเลขทะเบียนที่...สหกรณ์รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุม
คณะกรรมการดำเนินการ ในการประชุม ชุดที่...............ครั้ง......................วันที่............................
ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า เงินค่าหุ้นรายเดือน เงินรับฝาก และอื่น ๆ

ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ณ วันที่...

ลายมือชื่อสมาชิก*.....................................

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

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

146/69-74 ข้างวังศุโขทัย ถนนสุโขทัย

แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กทม. 10300 โทรศัพท์ 0-2241-8111

****

แบบบันทึก เรื่อง หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

*เขียนที่..

*วันที่..........*เดือน.............................*พ.ศ.................

ข้าพเจ้า*...อายุ*...............ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน*.......................................
อยู่บ้านเลขที่*..............................หมู่ที่*.....................ถนน/ซอย*..ตำบล/แขวง*...
อำเภอ/เขต*.............................จังหวัด*.........................เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เลขทะเบียนที่*......................
สังกัด*.. อาชีพ*... โทรศัพท์*...

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้ผู้รับโอนประโยชน์ มอบไว้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ว่าในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ นี้ ข้าพเจ้าให้สิทธิแก่สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด จ่ายเงินค่าหุ้น เงินปันผล - เฉลี่ยคืน เงินฝาก และ/หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากสหกรณ์ฯ นี้ ภายหลังจากสหกรณ์ฯ ได้หักชำระหนี้และ/หรือภาระผูกพันใด ๆ ตามกฎหมายที่ข้าพเจ้ามีต่อสหกรณ์ฯครบถ้วนแล้ว ให้แก่ผู้รับโอนประโยชน์ตามที่ข้าพเจ้าได้ตั้งไว้ดังต่อไปนี้

1. ชื่อ-นามสกุล..อายุ...........ปี เกี่ยวข้องเป็น..................... ให้ได้รับร้อยละ(%)................
ที่อยู่..
เลขประจำตัวประชาชน...โทรศัพท์..

2. ชื่อ-นามสกุล..อายุ...........ปี เกี่ยวข้องเป็น..................... ให้ได้รับร้อยละ(%)................
ที่อยู่..
เลขประจำตัวประชาชน...โทรศัพท์..

3. ชื่อ-นามสกุล..อายุ...........ปี เกี่ยวข้องเป็น..................... ให้ได้รับร้อยละ(%)................
ที่อยู่..
เลขประจำตัวประชาชน...โทรศัพท์..

4. ชื่อ-นามสกุล..อายุ...........ปี เกี่ยวข้องเป็น..................... ให้ได้รับร้อยละ(%)................
ที่อยู่..
เลขประจำตัวประชาชน...โทรศัพท์..

☐ **ไม่ประสงค์ตั้งผู้รับโอนประโยชน์ (กรณีไม่ประสงค์ตั้งผู้รับโอนประโยชน์ให้ทำเครื่องหมาย ✔ ในช่อง ☐)**

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาไว้ด้วยว่า ขณะที่ข้าพเจ้าทำหนังสือผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะครบถ้วนทุกประการ ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือแสดงเจตนาการตั้งรับโอนประโยชน์ฉบับนี้โดยละเอียด และข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาการตั้งรับโอนประโยชน์ที่ทำไว้กับสหกรณ์ฯ ก่อนหน้านี้ทุกฉบับและให้ใช้หนังสือฉบับนี้แทนการแสดงเจตนาของข้าพเจ้านับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ*...ผู้ทำหนังสือผู้รับโอนประโยชน์

(*...)

หนังสือรับตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ ข้าพเจ้า*..อายุ*.....................ปี เป็นผู้เขียน

ลงชื่อ*..ผู้เขียน

(*...)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าผู้ทำหนังสือได้แสดงเจตนาตั้งผู้รับโอนประโยชน์ต่อหน้าข้าพเจ้า และได้ทำหนังสือฉบับนี้ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ทุกประการ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ*...พยาน ลงชื่อ*...พยาน

(*..) (*...)

<u>หมายเหตุ</u> :

1. คำว่า “ สหกรณ์ ” หรือ “ สหกรณ์ฯ ” ในหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ให้มีความหมายถึง สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เท่านั้น
2. หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ **<u>ไม่ถือเป็นพินัยกรรม</u>**
3. กรณีผู้ทำหนังสือผู้รับโอนประโยชน์ **<u>ไม่ประสงค์แต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์</u>** การได้รับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้มีส่วนได้เสีย ให้เป็นไปตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4. ผู้ทำหนังสือรับโอนประโยชน์ และ/หรือผู้เขียน และพยานทุกคน ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่หน่วยงานราชการออกให้โดยมีข้อความระบุหมายเลขบัตรบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ให้แนบบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประโยชน์ทุกท่าน
6. ห้าม ขูด ลบ ตก เติม หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อความในหนังสือฉบับนี้ หากประสงค์จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อความใด ๆ ให้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับใหม่แทน
7. หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ ต้องทำเป็นหนังสือ ลงวัน เดือน ปี ในขณะที่ทำขึ้น และผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ต้องลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน ซึ่งพยานสองคนนั้นต้องลงลายมือชื่อรับรองลายมือชื่อของผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ไว้ในขณะนั้น
8. บุคคลต่อไปนี้ จะเป็นพยานทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ไม่ได้
   (ก) ผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
   (ข) บุคคลวิกลจริตหรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ
   (ค) บุคคลที่หูหนวก เป็นใบ้ หรือจักษุบอดทั้งสองข้าง
9. เมื่อบุคคลใดนอกจากผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ เป็นผู้เขียนข้อความหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ บุคคลนั้นต้องลงลายมือชื่อของตน ทั้งระบุว่าเป็นผู้เขียน ถ้าบุคคลนั้นเป็นพยานด้วย ให้เขียนข้อความระบุว่าตนเป็นพยานไว้ต่อท้ายลายมือของตนเช่นเดียวกับพยานอื่น ๆ
10. ผู้เขียนและพยานในหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ จะเป็นผู้รับทรัพย์ตามหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์นั้นไม่ได้ และคู่สมรสของผู้เขียนหรือของพยานในหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ก็ต้องห้ามเช่นเดียวกัน

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
146/69-74 ถ.สุโขทัย แขวงวชิรพยาบาล
เขตดุสิต กทม. โทร. 0-2241-8111

หนังสือขอเปิดบัญชีเงินฝาก
ประเภทออมทรัพย์ (01)
บัญชีเลขที่ 01-................................

วันที่ ....

เรียน สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้า .... เลขสมาชิก.................................

อายุ .... ปี ปัจจุบันสังกัด..

ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน ....

....โทรศัพท์ ....

สถานที่ที่สะดวกในการติดต่อกับข้าพเจ้า คือ ....

....

หนังสือสำคัญประจำตัว คือ .... เลขที่ ....

ออกให้โดย .... เมื่อวันที่ ....หมดอายุ ....

มีความประสงค์จะขอเปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ โดยมีรายละเอียด

ชื่อบัญชี...

เงื่อนไขในการถอนเงิน ....

ข้าพเจ้าได้ทราบและตกลงยินยอมปฏิบัติตามระเบียบเกี่ยวกับการรับเงินฝากของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด และเงื่อนไข ดังนี้

1. การเปิดบัญชีเงินฝากครั้งแรก ผู้ฝากต้องกรอกรายการในคำขอเปิดบัญชีเงินฝาก ระบุเงื่อนไข ข้อตกลงในการฝากและให้ตัวอย่างลายมือชื่อไว้กับสหกรณ์
2. การเปลี่ยนลายมือชื่อ ที่อยู่ หรือเงื่อนไข ต้องแจ้งให้สหกรณ์ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมกับให้ตัวอย่างลายมือชื่อที่อยู่ หรือเงื่อนไข ที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
3. การเปิดบัญชีเงินฝาก และการฝากเงินเพิ่มเติมทุกครั้ง ต้องเป็นจำนวนเงินไม่ต่ำกว่าที่ สหกรณ์กำหนด
4. สหกรณ์จะมอบสมุดคู่ฝากหรือใบรับฝากให้ ผู้ฝากจะโอนเปลี่ยนมือ แก้ไข หรือฉีก แผ่นใดแผ่นหนึ่งไม่ได้ และควรเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย ถ้าชำรุดหรือสูญหาย ต้องรีบแจ้งให้สหกรณ์ทราบ
5. ทุกครั้งที่ฝากหรือถอน ผู้ฝากต้องแสดงหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจลงนามของสหกรณ์ เพื่อลงรายการการฝากหรือถอน แล้วตรวจจำนวนเงินที่นำมาฝากหรือถอน และยอดคงเหลือให้ ถูกต้องตลอดจนลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจรับรองยอดคงเหลือให้ถูกต้องตรงกับลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามที่สหกรณ์ประกาศไว้ ถ้าปรากฏว่าผิดพลาดให้แจ้งสหกรณ์ทราบ และแก้ไขทันที

6. เช็ค ตั๋วแลกเงิน ใบสั่งจ่าย หรือตราสารอื่นที่เปลี่ยนมือได้ที่นำมาฝากสหกรณ์ สหกรณ์จะรับไว้ เพื่อเรียกเก็บเท่านั้น ผู้ฝากจะถอนเงินจำนวนนี้ได้ต่อเมื่อสหกรณ์เรียกเก็บเรียบร้อยแล้ว ถ้าหากเรียกเก็บเงินไม่ได้ ผู้ฝากต้องมาขอรับคืนไปจัดการเรียกเก็บเอง
7. ยอดเงินคงเหลือในสมุดคู่ฝากหรือใบรับฝาก ยังถือไม่ได้ว่าถูกต้องจนกว่าจะได้ตรวจสอบ ตรงกับบัญชีของสหกรณ์แล้ว
8. ดอกเบี้ยที่ผู้ฝากได้รับไปก่อนแล้ว หากเกินกว่าดอกเบี้ยที่พึงได้รับ ผู้ฝากยินยอมให้สหกรณ์ หักดอกเบี้ยส่วนที่เกินชดใช้จากดอกเบี้ยที่คงค้างอยู่ หรือจากต้นเงินฝากจากบัญชีเงินฝากได้
9. เงินฝากเมื่อครบกำหนดระยะเวลาตามข้อตกลง ผู้ฝากยินยอมให้สหกรณ์ถอนต้นเงินฝาก สมทบกับดอกเบี้ยที่พึงได้รับ นำเข้าบัญชีรวมเป็นต้นเงินฝากในครั้งต่อไปได้ เว้นแต่จะให้ เงื่อนไขพิเศษเป็นอย่างอื่น
10. เอกสารหรือหนังสือใดของสหกรณ์ที่ส่งทางไปรษณีย์ธรรมดาไปยังที่อยู่ หรือสถานที่ที่ทำงาน หรือสถานที่ติดต่อได้ ซึ่งระบุไว้ในหนังสือขอเปิดบัญชี ผู้ฝากต้องยินยอมให้ถือว่าสหกรณ์ได้ ส่งให้เรียบร้อยและโดยชอบแล้ว
11. เมื่อสหกรณ์ทราบว่า ผู้ฝากถึงแก่กรรมจะงดจ่ายเงินของผู้ฝากทันที ผู้รับมรดกหรือผู้จัดการมรดก ของผู้ฝากมีสิทธิที่จะรับเงินฝากคืน โดยนำสมุดคู่ฝากเงินและหลักฐานต่างๆ ที่สหกรณ์ต้องการ มาพิสูจน์จนเป็นที่พอใจแก่สหกรณ์จึงจะจ่ายเงินคืนให้

อนึ่ง ข้าพเจ้าได้รับสำเนาคำขอเปิดบัญชีเงินฝากของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ไปจากสหกรณ์แล้ว 1 ฉบับ และถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข ระเบียบและคำเตือนดังกล่าวเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายใด ๆ ขึ้น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

(ลายมือชื่อ)..

(ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)..

(ผู้ขอเปิดบัญชี)

ที่ติดใบถ่ายทอดลายมือชื่อ
ผู้ขอเปิดบัญชี

....เจ้าหน้าที่

....ผู้อนุมัติ

ตัวอย่าง

รูป
สมาชิกสมทบ

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ

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

เลขทะเบียนสมาชิก............................

เขียนที่*.....ระบุสถานที่เขียน.........
วันที่*.....วัน/เดือน/ปี.........

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สหกรณ์ ออมทรัพย์.....

(ชื่อ - นามสกุล ภาษาอังกฤษ).....SAHAKORN OMSUB.....

หมายเลขบัตรประชาชน X ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.146/69-74.หมู่ที่..-......หมู่บ้าน........-.....

ซอย/ตรอก....-.....ถนน.....สุโขทัย.....ตำบล/แขวง....วชิร.....

อำเภอ/เขต.....ดุสิต.....จังหวัด.....กรุงเทพมหานคร.....รหัสไปรษณีย์....10300.....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่บ้าน) .....02-2418111.....เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ).....081-3575387.....

E-MAIL : .....mail.vjrc@gmail.com.....

ข้อมูลการทำงาน สถานที่ทำงาน.....โปรดระบุ (ถ้ามี).....สังกัด.....โปรดระบุ (ถ้ามี).....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....โปรดระบุ (ถ้ามี)..... อัตราเงินเดือน.....โปรดระบุ (ถ้ามี).....บาท เลขที่รับเงินเดือน.....โปรดระบุ (ถ้ามี).....

เลขบัญชีธนาคารกรุงไทยที่เงินเดือนโอนเข้า.....โปรดระบุ (ถ้ามี)..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โปรดระบุ (ถ้ามี).....

เห็นชอบในวัตถุประสงค์ ข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก และขอให้ถ้อยคำต่อสหกรณ์ฯ ดังนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ ..XX.. ปี เกิดเมื่อวันที่ .....XX/XX/XX.....

สถานภาพ ☑ โสด ☐ สมรส (ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส).....
☐ หย่า ☐ หม้าย

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามีความสัมพันธ์กับสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ (ทำเครื่องหมาย √ หน้าข้อความเพียงข้อเดียว)

โปรดทำเครื่องหมายที่ตรงกับท่าน

(/) เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยาหรือบุตรของสมาชิกที่บรรลุนิติภาวะ
โปรดระบุ ชื่อ-นามสกุลสมาชิกสามัญ.....XXXX XXXX.....เลขสมาชิก.....XXXXX

( ) เป็นบุคลากร หรือลูกจ้าง ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร และสังกัดสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด และได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างจากหน่วยงานข้างต้น แต่ข้อบังคับไม่ได้กำหนดคุณสมบัติให้ตำแหน่งดังกล่าวเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ได้

ตัวอย่าง

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองและคำสัญญาต่อทางสหกรณ์ ดังต่อไปนี้

3.1 ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์อื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ในการออมทรัพย์และให้กู้ยืมเงินเช่นเดียวกับสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

3.2 ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าเป็นจำนวนเงิน 150.00 บาท และเงินค่าหุ้นรายเดือนงวดแรกต่อสหกรณ์ เป็นเงินไม่น้อยกว่า 100.00 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

3.3 ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกสมทบ ในชั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอส่งเงินค่าหุ้นต่อสหกรณ์ ดังนี้ (ทำเครื่องหมาย √ หน้าข้อความเพียงข้อเดียว)

โปรดทำเครื่องหมายเพื่อเลือกการชำระ

☐ ชำระค่าหุ้น เดือนละ............................บาท (...)
จนครบจำนวนเงิน 10,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) โดยให้สหกรณ์หักเงินจากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสหกรณ์/เงินเดือน ณ ที่จ่าย

☑ ชำระเงินค่าหุ้นเต็มจำนวน 10,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

3.4 ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ มติ และคำสั่งของสหกรณ์ฯ ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่จะมีต่อไปทุกประการ

หากมีข้อความใดที่ระบุในใบสมัครนี้ไม่เป็นความจริง หรือหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามสัญญาที่ให้ไว้แม้เพียงประการเดียว ข้าพเจ้ายินดีให้ทางสหกรณ์ยกเลิกสมาชิกภาพโดยทันที

ลงชื่อ ....สหกรณ์ ออมทรัพย์.... ผู้สมัคร

(....สหกรณ์ ออมทรัพย์....)

หลักฐานใบสมัครประกอบด้วย	(1) สำเนาสลิปเงินเดือน จำนวน 1 ชุด (เดือนล่าสุด)
	(2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ชุด
	(3) สำเนาหนังสือคำสั่ง จำนวน 1 ชุด (ยกเว้นสังกัดสำนักการแพทย์)
	(4) สำเนาบัตรลูกจ้างชั่วคราว/บัตรพนักงาน จำนวน 1 ชุด
	(5) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
	(6) สำเนาทะเบียนสมรส จำนวน 1 ชุด (ถ้ามี)
	(7) รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
	(8) สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ : กรุณารับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อยทุกฉบับ

<u>ข้อควรทราบ</u>

ข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ ท่านใด สังกัดคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณ ฯ และสังกัดสำนักการแพทย์ ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ จะต้องผ่านการตรวจสอบ และลงลายมือชื่อรับรองจากกรรมการ หรือตัวแทนที่ท่านสังกัดอยู่เสียก่อนทุกครั้ง

ตัวอย่าง

คำรับรองของสมาชิกสามัญ
และ
หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล*
ของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

* เขียนที่ ....
* วันที่ ....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)*...
หมายเลขบัตรประชาชน*...หมายเลขทะเบียนสมาชิก*..................................
ตำแหน่ง*...(ฝ่าย,กลุ่มงาน,ภาควิชา)*...................................
สังกัด*...โทรศัพท์ที่ทำงาน*...................................
โทรศัพท์มือถือ*..................................... E-mail*...................................
ขอรับรองว่า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว * ....
มีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อบังคับของสหกรณ์ทั้งผู้สมัคร

ข้อมูลของสมาชิกสามัญ ผู้รับรอง คนที่ 1

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ดำเนินการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ไว้ในครอบครอง เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด อาทิเช่น การพิจารณาอนุมัติการให้บริการข้อมูล, การจัดทำรายงานสรุป, การประมวลผลสถิติ, การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ และ/หรือ หน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งใช้เพื่อการจัดทำข้อมูลสถิติสำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เป็นต้น

ข้าพเจ้าถือว่าคู่ฉบับ และบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ โทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ถ่ายภาพหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

* ....
* (...)
คำรับรองของสมาชิกสามัญ คนที่ 1/ผู้ให้ความยินยอม

* ....สหกรณ์ ออมทรัพย์..................
* (..................สหกรณ์ ออมทรัพย์..................)
สมาชิก/พยาน

หมายเหตุ

*** เพื่อให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562**

ตัวอย่าง

คำรับรองของสมาชิกสามัญ

และ

หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล*

ของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

เขียนที่ *..

วันที่ *..

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)*..

หมายเลขบัตรประชาชน*..หมายเลขทะเบียนสมาชิก*...

ตำแหน่ง*...(ฝ่าย,กลุ่มงาน,ภาควิชา)*...

สังกัด*...โทรศัพท์ที่ทำงาน*...

โทรศัพท์มือถือ*..E-mail*...

ขอรับรองว่า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว *..

มีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อบังคับของสหกรณ์ทั้งผู้สมัคร

ข้อมูลของสมาชิกสามัญ → ผู้รับรอง คนที่ 1

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ดำเนินการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ไว้ในครอบครอง เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด อาทิเช่น การพิจารณาอนุมัติการให้บริการข้อมูล, การจัดทำรายงานสรุป, การประมวลผลสถิติ, การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ และ/หรือ หน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งใช้เพื่อการจัดทำข้อมูลสถิติสำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เป็นต้น

ข้าพเจ้าถือว่าคู่ฉบับ และบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ โทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ถ่ายภาพหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

*...

*(...)

คำรับรองของสมาชิกสามัญ คนที่ 2/ผู้ให้ความยินยอม

* สหกรณ์ ออมทรัพย์ ....

*(.............. สหกรณ์ ออมทรัพย์ ....)

สมาชิก/พยาน

หมายเหตุ

*** เพื่อให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562**

ตัวอย่าง

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาในตำแหน่งไม่ต่ำกว่าหัวหน้างานหรือเทียบเท่า
(ถ้าผู้สมัครเป็นข้าราชการในตำแหน่งตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปไม่ต้องรับรอง)
และ
หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล*
ของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

เขียนที่ *..
วันที่ *..

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) *..
หมายเลขบัตรประชาชน *..หมายเลขทะเบียนสมาชิก *..
ตำแหน่ง *..(ฝ่าย,กลุ่มงาน,ภาควิชา) *..
สังกัด *..โทรศัพท์ที่ทำงาน *..
โทรศัพท์มือถือ *.. E-mail *...

→ ข้อมูลของผู้บังคับบัญชา

ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้ **<u>เป็นความจริงทุกประการ</u>** ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ได้

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ดำเนินการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ไว้ในครอบครอง เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด อาทิเช่น การพิจารณาอนุมัติการให้บริการข้อมูล, การจัดทำรายงานสรุป การประมวลผลสถิติ, การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ และ/หรือ หน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งใช้เพื่อการจัดทำข้อมูลสถิติสำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เป็นต้น

ข้าพเจ้าถือว่าคู่ฉบับ และบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ โทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ถ่ายภาพหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

*...
*(...)
ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/ผู้ให้ความยินยอม

*..........................สหกรณ์ ออมทรัพย์..........................
*(..........................สหกรณ์ ออมทรัพย์..........................)
สมาชิก/พยาน

หมายเหตุ

*** เพื่อให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562**

ตัวอย่าง

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

แบบฟอร์มข้อมูลสมาชิกใหม่

คำชี้แจง : กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ตามความเป็นจริง

*1. **ประวัติส่วนตัว**

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

เลขที่บัตรประชาชน | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน........XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX........

....

ในกรณีติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ ให้ติดต่อ ชื่อ - นามสกุล ....XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX........

ความสัมพันธ์ ....XXXXXXXXX........ โทรศัพท์มือถือ ....XXX-XXXXXXX........

*2. **ประวัติครอบครัว**

2.1 **บิดา ชื่อ-นามสกุล**

ชื่อ (นาย)........XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX........ โทรศัพท์มือถือ ....XXX-XXXXXXX........

2.2 **มารดา ชื่อ-นามสกุล**

ชื่อ (น.ส./นาง)........XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX........ โทรศัพท์มือถือ ....XXX-XXXXXXX........

2.3 **คู่สมรส ชื่อ-นามสกุล**

ชื่อ (น.ส./นาง/นาย).XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX........ โทรศัพท์มือถือ ....XXX-XXXXXXX........

ที่อยู่ปัจจุบันของคู่สมรส

บ้านเลขที่ ....XXXX.... หมู่ที่ ....XX.... หมู่บ้าน ....XXXXXXXXX........

ซอย/ตรอก ....XXXXXXXXX.... ถนน ....XXXXXXXXXX........ ตำบล/แขวง....XXXXXXXX....

อำเภอ/เขต....XXXXXXXXXX.... จังหวัด....XXXXXXXXXXX........ รหัสไปรษณีย์ ....XXXXX....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดในใบแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ*........สหกรณ์ ออมทรัพย์........

(*........สหกรณ์ ออมทรัพย์........)

ตัวอย่าง

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
ทะเบียนสมาชิก

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)...* สหกรณ์ ออมทรัพย์...อายุ...XX..........ปี
สมาชิกเลขทะเบียนที่...สหกรณ์รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุม
คณะกรรมการดำเนินการ ในการประชุม ชุดที่...............ครั้ง......................วันที่............................
ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า เงินค่าหุ้นรายเดือน เงินรับฝาก และอื่น ๆ

ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ณ วันที่...

ลายมือชื่อสมาชิก...* สหกรณ์ ออมทรัพย์...

ตัวอย่าง

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
146/69-74 ข้างวังศุโขทัย ถนนสุโขทัย
แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กทม. 10300 โทรศัพท์ 0-2241-8111
****

แบบบันทึก เรื่อง หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เขียนที่ XXXXXXXXXX

วันที่ XX เดือน XXXX พ.ศ. XXXX

ข้าพเจ้า สหกรณ์ ออมทรัพย์ อายุ XX ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน XXXXXXXXXXXXX
อยู่บ้านเลขที่ 146/69-74 หมู่ที่ - ถนน/ซอย สุโขทัย ตำบล/แขวง วชิรพยาบาล
อำเภอ/เขต ดุสิต จังหวัด กรุงเทพฯ เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เลขทะเบียนที่ เว้นไว้ก่อน
สังกัด XXXXXXXXXX อาชีพ XXXXXXXXXX โทรศัพท์ XXXXXXXXXX

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้ผู้รับโอนประโยชน์ มอบไว้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ว่าในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ นี้ ข้าพเจ้าให้สิทธิแก่สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด จ่ายเงินค่าหุ้น เงินปันผล - เฉลี่ยคืน เงินฝาก และ/หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากสหกรณ์ฯ นี้ ภายหลังจากสหกรณ์ฯ ได้หักชำระหนี้และ/หรือภาระผูกพันใด ๆ ตามกฎหมายที่ข้าพเจ้ามีต่อสหกรณ์ฯครบถ้วนแล้ว ให้แก่ผู้รับโอนประโยชน์ตามที่ข้าพเจ้าได้ตั้งไว้ดังต่อไปนี้

1. ชื่อ-นามสกุล XXXXX XXXXX อายุ XX ปี เกี่ยวข้องเป็น XXXXX ให้ได้รับร้อยละ(%) 50
ที่อยู่ XXXXXXXXXX
เลขประจำตัวประชาชน XXXXXXXXXXXXX โทรศัพท์ XXXXXXXXXX

2. ชื่อ-นามสกุล XXXXX XXXXX อายุ XX ปี เกี่ยวข้องเป็น XXXXX ให้ได้รับร้อยละ(%) 50
ที่อยู่ XXXXXXXXXX
เลขประจำตัวประชาชน XXXXXXXXXXXXX โทรศัพท์ XXXXXXXXXX

3. ชื่อ-นามสกุล................ อายุ.......... ปี เกี่ยวข้องเป็น.................. ให้ได้รับร้อยละ(%)................
ที่อยู่..
เลขประจำตัวประชาชน.......................... โทรศัพท์..........................

4. ชื่อ-นามสกุล................ อายุ.......... ปี เกี่ยวข้องเป็น.................. ให้ได้รับร้อยละ(%)................
ที่อยู่..
เลขประจำตัวประชาชน.......................... โทรศัพท์..........................

☐ **ไม่ประสงค์ตั้งผู้รับโอนประโยชน์ (กรณีไม่ประสงค์ตั้งผู้รับโอนประโยชน์ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐)**

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาไว้ด้วยว่า ขณะที่ข้าพเจ้าทำหนังสือผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะครบถ้วนทุกประการ ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือแสดงเจตนาการตั้งรับโอนประโยชน์ฉบับนี้โดยละเอียด และข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาการตั้งรับโอนประโยชน์ที่ทำไว้กับสหกรณ์ฯ ก่อนหน้านี้ทุกฉบับและให้ใช้หนังสือฉบับนี้แทนการแสดงเจตนาของข้าพเจ้านับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ สหกรณ์ ออมทรัพย์ ผู้ทำหนังสือผู้รับโอนประโยชน์
(สหกรณ์ ออมทรัพย์)

หนังสือรับตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ ข้าพเจ้า........สหกรณ์ ออมทรัพย์........อายุ........XX........ปี เป็นผู้เขียน

ลงชื่อ........สหกรณ์ ออมทรัพย์........ผู้เขียน

(........สหกรณ์ ออมทรัพย์........)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าผู้ทำหนังสือได้แสดงเจตนาตั้งผู้รับโอนประโยชน์ต่อหน้าข้าพเจ้า และได้ทำหนังสือฉบับนี้ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ทุกประการ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ........นาย ก........พยาน ลงชื่อ........นาย ข........พยาน

(........นาย ก........) (........นาย ข........)

หมายเหตุ :

1. คำว่า “ สหกรณ์ ” หรือ “ สหกรณ์ฯ ” ในหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ให้มีความหมายถึง สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เท่านั้น
2. หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ **ไม่ถือเป็นพินัยกรรม**
3. กรณีผู้ทำหนังสือผู้รับโอนประโยชน์ **ไม่ประสงค์แต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์** การได้รับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้มีส่วนได้เสีย ให้เป็นไปตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4. ผู้ทำหนังสือรับโอนประโยชน์ และ/หรือผู้เขียน และพยานทุกคน ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่หน่วยงานราชการออกให้โดยมีข้อความระบุหมายเลขบัตรบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ให้แนบบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนประโยชน์ทุกท่าน
6. ห้าม ขูด ลบ ตก เติม หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อความในหนังสือฉบับนี้ หากประสงค์จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อความใด ๆ ให้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับใหม่แทน
7. หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ ต้องทำเป็นหนังสือ ลงวัน เดือน ปี ในขณะที่ทำขึ้น และผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ต้องลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน ซึ่งพยานสองคนนั้นต้องลงลายมือชื่อรับรองลายมือชื่อของผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ไว้ในขณะนั้น
8. บุคคลต่อไปนี้ จะเป็นพยานทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ไม่ได้
   (ก) ผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
   (ข) บุคคลวิกลจริตหรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ
   (ค) บุคคลที่หูหนวก เป็นใบ้ หรือจักษุบอดทั้งสองข้าง
9. เมื่อบุคคลใดนอกจากผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ เป็นผู้เขียนข้อความหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ บุคคลนั้นต้องลงลายมือชื่อของตน ทั้งระบุว่าเป็นผู้เขียน ถ้าบุคคลนั้นเป็นพยานด้วย ให้เขียนข้อความระบุว่าตนเป็นพยานไว้ต่อท้ายลายมือของตนเช่นเดียวกับพยานอื่น ๆ
10. ผู้เขียนและพยานในหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ จะเป็นผู้รับทรัพย์ตามหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์นั้นไม่ได้ และคู่สมรสของผู้เขียนหรือของพยานในหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ก็ต้องห้ามเช่นเดียวกัน

ตัวอย่าง

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
146/69-74 ถ.สุโขทัย แขวงวชิรพยาบาล
เขตดุสิต กทม. โทร. 0-2241-8111

หนังสือขอเปิดบัญชีเงินฝาก
ประเภทออมทรัพย์ (01)
บัญชีเลขที่ 01-................................

วันที่ ....

เรียน สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้า ....สหกรณ์ ออมทรัพย์........................ เลขสมาชิก......XXXXXX........

อายุ ...XX...... ปี ปัจจุบันสังกัด...XXXXXXXXX..........................

ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน ....XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX...............................

....โทรศัพท์ ...XXX-XXXXXXX.....................

สถานที่ที่สะดวกในการติดต่อกับข้าพเจ้า คือ ....XXXXXXXXXXXXXXX.................................

....

หนังสือสำคัญประจำตัว คือ ...บัตรประชาชน.......................... เลขที่ ...XXXXXXXXXXXXXX....

ออกให้โดย ...XXXXXXXXX.............. เมื่อวันที่ ....XX/XX/XX..............หมดอายุ ...XX/XX/XX.............

มีความประสงค์จะขอเปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ โดยมีรายละเอียด

ชื่อบัญชี.........สหกรณ์ ออมทรัพย์...

เงื่อนไขในการถอนเงิน ....ข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว...

ข้าพเจ้าได้ทราบและตกลงยินยอมปฏิบัติตามระเบียบเกี่ยวกับการรับเงินฝากของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด และเงื่อนไข ดังนี้

1. การเปิดบัญชีเงินฝากครั้งแรก ผู้ฝากต้องกรอกรายการในคำขอเปิดบัญชีเงินฝาก ระบุเงื่อนไข ข้อตกลงในการฝากและให้ตัวอย่างลายมือชื่อไว้กับสหกรณ์
2. การเปลี่ยนลายมือชื่อ ที่อยู่ หรือเงื่อนไข ต้องแจ้งให้สหกรณ์ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมกับให้ตัวอย่างลายมือชื่อที่อยู่ หรือเงื่อนไข ที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
3. การเปิดบัญชีเงินฝาก และการฝากเงินเพิ่มเติมทุกครั้ง ต้องเป็นจำนวนเงินไม่ต่ำกว่าที่ สหกรณ์กำหนด
4. สหกรณ์จะมอบสมุดคู่ฝากหรือใบรับฝากให้ ผู้ฝากจะโอนเปลี่ยนมือ แก้ไข หรือฉีก แผ่นใดแผ่นหนึ่งไม่ได้ และควรเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย ถ้าชำรุดหรือสูญหาย ต้องรีบแจ้งให้สหกรณ์ทราบ
5. ทุกครั้งที่ฝากหรือถอน ผู้ฝากต้องแสดงหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจลงนามของสหกรณ์ เพื่อลงรายการการฝากหรือถอน แล้วตรวจจำนวนเงินที่นำมาฝากหรือถอน และยอดคงเหลือให้ ถูกต้องตลอดจนลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจรับรองยอดคงเหลือให้ถูกต้องตรงกับลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามที่สหกรณ์ประกาศไว้ ถ้าปรากฏว่าผิดพลาดให้แจ้งสหกรณ์ทราบ และแก้ไขทันที

ตัวอย่าง

6. เช็ค ตั๋วแลกเงิน ใบสั่งจ่าย หรือตราสารอื่นที่เปลี่ยนมือได้ที่นำมาฝากสหกรณ์ สหกรณ์จะรับไว้ เพื่อเรียกเก็บเท่านั้น ผู้ฝากจะถอนเงินจำนวนนี้ได้ต่อเมื่อสหกรณ์เรียกเก็บเรียบร้อยแล้ว ถ้าหากเรียกเก็บเงินไม่ได้ ผู้ฝากต้องมาขอรับคืนไปจัดการเรียกเก็บเอง
7. ยอดเงินคงเหลือในสมุดคู่ฝากหรือใบรับฝาก ยังถือไม่ได้ว่าถูกต้องจนกว่าจะได้ตรวจสอบ ตรงกับบัญชีของสหกรณ์แล้ว
8. ดอกเบี้ยที่ผู้ฝากได้รับไปก่อนแล้ว หากเกินกว่าดอกเบี้ยที่พึงได้รับ ผู้ฝากยินยอมให้สหกรณ์ หักดอกเบี้ยส่วนที่เกินชดใช้จากดอกเบี้ยที่คงค้างอยู่ หรือจากต้นเงินฝากจากบัญชีเงินฝากได้
9. เงินฝากเมื่อครบกำหนดระยะเวลาตามข้อตกลง ผู้ฝากยินยอมให้สหกรณ์ถอนต้นเงินฝาก สมทบกับดอกเบี้ยที่พึงได้รับ นำเข้าบัญชีรวมเป็นต้นเงินฝากในครั้งต่อไปได้ เว้นแต่จะให้ เงื่อนไขพิเศษเป็นอย่างอื่น
10. เอกสารหรือหนังสือใดของสหกรณ์ที่ส่งทางไปรษณีย์ธรรมดาไปยังที่อยู่ หรือสถานที่ที่ทำงาน หรือสถานที่ติดต่อได้ ซึ่งระบุไว้ในหนังสือขอเปิดบัญชี ผู้ฝากต้องยินยอมให้ถือว่าสหกรณ์ได้ ส่งให้เรียบร้อยและโดยชอบแล้ว
11. เมื่อสหกรณ์ทราบว่า ผู้ฝากถึงแก่กรรมจะงดจ่ายเงินของผู้ฝากทันที ผู้รับมรดกหรือผู้จัดการมรดก ของผู้ฝากมีสิทธิที่จะรับเงินฝากคืน โดยนำสมุดคู่ฝากเงินและหลักฐานต่างๆ ที่สหกรณ์ต้องการ มาพิสูจน์จนเป็นที่พอใจแก่สหกรณ์จึงจะจ่ายเงินคืนให้

อนึ่ง ข้าพเจ้าได้รับสำเนาคำขอเปิดบัญชีเงินฝากของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ไปจากสหกรณ์แล้ว 1 ฉบับ และถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข ระเบียบและคำเตือนดังกล่าวเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายใด ๆ ขึ้น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

(ลายมือชื่อ)......สหกรณ์ ออมทรัพย์......

(ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)......สหกรณ์ ออมทรัพย์......

(ผู้ขอเปิดบัญชี)

ที่ติดใบถ่ายทอดลายมือชื่อ
ผู้ขอเปิดบัญชี

....เจ้าหน้าที่

....ผู้อนุมัติ