



รูป  
สมาชิกสมทบ

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ

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

เลขทะเบียนสมาชิก.....

เขียนที่.....  
วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

(ชื่อ - นามสกุล ภาษาอังกฤษ).....

หมายเลขบัตรประชาชน

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

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... 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. ข้าพเจ้ามีสถานภาพเป็น (ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความ)

- ( ) แพทย์ประจำบ้านของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
- ( ) นักศึกษาแพทย์ของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
- ( ) นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
- ( ) ลูกจ้างชั่วคราวสังกัดสำนักงานการแพทย์
- ( ) ลูกจ้างมูลนิธิของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์
- ( ) เป็นบุตร คู่สมรส บิดา มารดา ของสมาชิกสามัญ (ชื่อ.....เลขสมาชิก.....)
- ( ) เป็นบุคคลที่มีอำนาจถอนเงินฝากจากสหกรณ์ตามที่สมาชิกสามัญได้ระบุไว้ในหนังสือขอเปิดบัญชีเงินฝากกับสหกรณ์ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2548
- ( ) เป็นบุคคลที่ประกอบอาชีพต่าง ๆ อยู่ในสโมสรของวชิรพยาบาล
- ( ) เป็นบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ ในวชิรพยาบาล (ระบุชื่อชมรม .....
- ( ) เป็นบุคคลซึ่งตั้งบ้านเรือน หรือประกอบอาชีพอยู่ในท้องที่ แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร
- ( ) เป็นคณะบุคคลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีความประสงค์จะฝากเงินกับสหกรณ์

**ข้อ 3.** ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองและคำสัญญาต่อทางสหกรณ์ ดังต่อไปนี้

(1) ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์อื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ในการออมทรัพย์  
และให้กู้ยืมเงินเช่นเดียวกับสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

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

(3) ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกสมทบ ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอส่งเงินค่าหุ้นต่อ  
สหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท จนครบจำนวนเงิน 10,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) โดยให้  
สหกรณ์หักเงินจาก

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

เงินเดือน ณ ที่จ่าย

(4) ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ มติและคำสั่งของสหกรณ์ฯ ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบัน  
และที่จะมีต่อไปทุกประการ

หากมีข้อความใดที่ระบุในใบสมัครนี้ไม่เป็นความจริง หรือหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามสัญญา  
ที่ให้ไว้แม้เพียงประการเดียว ข้าพเจ้ายินดีให้ทางสหกรณ์ยกเลิกสมาชิกภาพโดยทันที

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร  
(.....)

### คำรับรองของสมาชิกสามัญ

ขอรับรองว่า  นาย  นาง  นางสาว.....  
คุณสมบัตินครบถ้วนตามข้อบังคับของสหกรณ์

.....ผู้รับรอง

.....ผู้รับรอง

สำหรับผู้บังคับบัญชาาระดับเหนือขึ้นไป หรือ อาจารย์ฝ่ายกิจการนิสิต/นักศึกษา

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....ขอรับรองว่า ข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกสหภาพของสหกรณ์ได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้บังคับบัญชา/อาจารย์ฝ่ายกิจการฯ

**ข้อควรทราบ**

1. ท่านใด สังกัด รพก,รพจ,รพต,รพท,สนพ,รพล,รพร,รพส,รพน. ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ จะต้องผ่านการตรวจสอบและลงลายมือชื่อรับรองจากกรรมการตัวแทนหรือตัวแทนที่ท่านสังกัดอยู่เสียก่อนทุกครั้ง
2. ยื่นใบสมัครภายในเดือนใดก็ตาม สมาชิกภาพจะสมบูรณ์เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการดำเนินการในเดือนถัดไป



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ทะเบียนสมาชิก

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

ณ วันที่.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....

ลายมือชื่อพยาน.....

ลายมือชื่อพยาน.....

รายการตำแหน่งและสังกัด

วันที่	ตำแหน่งและสังกัด	หมายเหตุ	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่
ขณะแรกเข้า			

รายการเงินได้และเงินค่าหุ้นรายเดือน

วันที่	เงินได้รายเดือน รวมทั้งเงินอุดหนุน (บาท)	เฉพาะ เงินอุดหนุน (บาท)	เงินค่าหุ้น รายเดือน (บาท)	หมายเหตุ	ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่
ขณะแรกเข้า					

รายการตำบลที่อยู่

วันที่	ตำแหน่งและสังกัด	หมายเหตุ	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่
ขณะแรกเข้า			

การออกจากสหกรณ์ออมทรัพย์วิชิรพยาบาล จำกัด

ออกจากสหกรณ์เพราะเหตุ.....ตั้งแต่วันที่.....  
 มติคณะกรรมการดำเนินการในการประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....  
 สหกรณ์แจ้งให้ทราบตามหนังสือที่.....วันที่.....

.....

(กรรการและเลขานุการ)



สหกรณ์ออมทรัพย์วีรพยาบาล 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

เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์วีรพยาบาล 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.....

(.....)