



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 หมู่บ้าน

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

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

เบอร์โทรศัพท์ (ที่บ้าน) เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ)

E-mail :

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 ข้าราชการในสถาบันอุดมศึกษา

ปัจจุบันสังกัด โรงพยาบาล สำนักงานแพทย์

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง แพทย์ พยาบาล บริหารทั่วไป ลูกจ้าง

ภาควิชา/ฝ่าย/กลุ่มงาน/หน่วยงาน/อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ได้รับการบรรจุเมื่อวันที่ อัตราเงินเดือน..... บาท

เลขที่รับเงินเดือน เลขบัญชีธนาคารกรุงไทยที่เงินเดือนโอนเข้า.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ

ข้อ 3. ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืม

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอส่งเงินค่าหุ้นต่อสหกรณ์ใน

อัตราเดือนละบาท (.....)

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอม ให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ที่จ่ายเงินได้รายเดือน
ของข้าพเจ้าหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือน และจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้
รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก พร้อมทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันซึ่งคณะกรรมการดำเนินการกำหนด รวมทั้งเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์กับสหกรณ์ เพื่อใช้ทำธุรกรรมระหว่างสหกรณ์กับข้าพเจ้า

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ฯทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร เลขทะเบียนสมาชิก <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(.....)

หมายเหตุ ทางสหกรณ์จะสมัครข้อมูลสมาชิกบนเว็บไซต์สหกรณ์โดยทั้งนี้จะใช้รหัสผ่าน : เลขที่บัตรประชาชนกลุ่มที่ 3 (มี 5 หลัก)

ข้อควรทราบ

ข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ ท่านใด สังกัด รพท, รพจ, รพต, รพท, สนท, รพล, รพร, รพส, รพว, รพช, รพค, สนธ, วทส และรพบ ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ จะต้องผ่านการตรวจสอบ และลงลายมือชื่อรับรองจากกรรมการตัวแทน หรือตัวแทนที่ท่านสังกัดอยู่เสียก่อนทุกครั้ง

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชาในตำแหน่งไม่ต่ำกว่าหัวหน้างานหรือเทียบเท่า
(ถ้าผู้สมัครเป็นข้าราชการในตำแหน่งตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปไม่ต้องรับรอง)**

เขียนที่
วันที่

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
(ฝ่าย,กลุ่มงาน,ภาควิชา)..... ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้ **เป็นความจริงทุกประการ** ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ได้

ลงชื่อ
(.....)
ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร

หลักฐานใบสมัครประกอบด้วย	(1) สำเนาสลิปเงินเดือน จำนวน 1 ชุด (เดือนล่าสุด) (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 3 ชุด (3) สำเนาคำสั่งบรรจุ จำนวน 1 ชุด (ยกเว้นสังกัดสำนักการแพทย์) (4) สำเนาบัตรข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ 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	



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.....



เลขทะเบียนสมาชิก.....

เลขที่รับเงินเดือน.....

สหกรณ์ออมทรัพย์วิชิรพยาบาล จำกัด

แบบฟอร์มข้อมูลสมาชิกใหม่

คำชี้แจง : กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ตามความเป็นจริง ข้อใดที่ท่านไม่มีให้เข้าไปกรอกข้ออื่นได้

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 ข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดในใบแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)