



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 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 ลูกจ้างมูลนิธิของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานการแพทย์
- () เป็นบุตร คู่สมรส บิดา มารดา ของสมาชิกสามัญ (ชื่อ.....เลขสมาชิก.....)
- () เป็นบุคคลที่มีอำนาจถอนเงินฝากจากสหกรณ์ตามที่สมาชิกสามัญได้ระบุไว้ในหนังสือ ขอเปิดบัญชีเงินฝากกับสหกรณ์ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2548 หรือ
- () เป็นบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ ในวชิรพยาบาล (ระบุชื่อชมรม
- () เป็นบุคคลซึ่งตั้งบ้านเรือน หรือประกอบอาชีพอยู่ในท้องที่แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองและคำสัญญาต่อทางสหกรณ์ ดังต่อไปนี้

- 3.1 ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์อื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ในการออมทรัพย์
และให้กู้ยืมเงินเช่นเดียวกับสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
- 3.2 ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าเป็นจำนวนเงิน 150.00 บาท และเงินค่าหุ้นรายเดือน
งวดแรกต่อสหกรณ์ เป็นเงินไม่น้อยกว่า 100.00 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)
- 3.3 ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกสมทบ ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอส่งเงินค่าหุ้น
ต่อสหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท (.....)
จนครบจำนวนเงิน 10,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) โดยให้สหกรณ์หักเงินจาก
 บัญชีเงินฝากประเภท..... เลขที่บัญชี
- เงินเดือน ณ ที่จ่าย
- 3.4 ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ มติ และคำสั่งของสหกรณ์ฯ ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบัน
และที่จะมีต่อไปทุกประการ

หากมีข้อความใดที่ระบุในใบสมัครนี้ไม่เป็นความจริง หรือหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามสัญญาที่ให้ไว้แม้เพียง
ประการเดียว ข้าพเจ้ายินดีให้ทางสหกรณ์ยกเลิกสมาชิกภาพโดยทันที

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองของสมาชิกสามัญ

ขอรับรองว่า นาย นาง นางสาว
คุณสมบัตินับครบถ้วนตามข้อบังคับของสหกรณ์

..... ผู้รับรอง ผู้รับรอง
(.....) (.....)
เลขทะเบียนสมาชิก เลขทะเบียนสมาชิก

หลักฐานใบสมัครประกอบด้วย	(1) สำเนาสลิปเงินเดือน จำนวน 1 ชุด (เดือนล่าสุด)
	(2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ชุด
	(3) สำเนาหนังสือคำสั่ง จำนวน 1 ชุด (ยกเว้นสังกัดสำนักงานแพทย์)
	(4) สำเนาบัตรข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว 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
	(9) หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามข้อ 2 จำนวน 1 ชุด (ถ้ามี)
หมายเหตุ : กรุณารับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อยทุกฉบับ	

สำหรับผู้บังคับบัญชาระดับเหนือขึ้นไป หรือ อาจารย์ฝ่ายกิจการนิสิต/นักศึกษา

วันที่

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
สังกัด ขอรับรองว่า ข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้ เป็นความจริงทุกประการ
ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกสมทบของ
สหกรณ์ได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้บังคับบัญชา/อาจารย์ฝ่ายกิจการฯ

ข้อควรทราบ

1. ผู้ที่ทำงาน สังกัด รพก, รพจ, รพต, รพท, สนพ, รพล, รพร, รพส, รพข, รพว, รพค, รพบ, สนธ, วทส และ รพบ.
ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์จะต้องผ่านการตรวจสอบ และลงลายมือชื่อรับรองจากกรรมการตัวแทน
หรือตัวแทนที่ท่านสังกัดอยู่เสมอเสียก่อนทุกครั้ง
2. ผู้สมัครที่ยื่นใบสมัครภายในเดือนใดก็ตาม สมาชิกภาพจะสมบูรณ์เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ
ดำเนินการในเดือนถัดไปและสหกรณ์ได้รับชำระค่าหุ้นรายเดือนงวดแรกพร้อมค่าธรรมเนียมแรกเข้าเรียบร้อยแล้ว



สหกรณ์ออมทรัพย์vétัรพยาบาล จำกัด
ทะเบียนสมาชิก

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
สมาชิกเลขทะเบียนที่.....สหกรณ์รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุม
คณะกรรมการดำเนินการ ในการประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....
ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรก วันที่.....
ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของ
สหกรณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน

ณ วันที่.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....



เลขทะเบียนสมาชิก.....

เลขที่รับเงินเดือน.....

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล 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
 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 ข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)