



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. ข้าพเจ้ามีความสัมพันธ์กับสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด อย่างไรอย่างหนึ่ง ดังนี้

(ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความเพียงข้อเดียว)

( ) เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยาหรือบุตรของสมาชิกที่บรรลุนิติภาวะ

โปรดระบุ ชื่อ-นามสกุลสมาชิกสามัญ.....เลขสมาชิก.....

( ) เป็นบุคลากร หรือลูกจ้าง ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดมหาวิทยาลัยวชิรพยาบาล

สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร และสังกัดสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

และได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างจากหน่วยงานข้างต้น แต่ข้อบังคับไม่ได้กำหนดคุณสมบัติให้

ตำแหน่งดังกล่าวเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ได้

**ข้อ 3.** ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองและคำสัญญาต่อทางสหกรณ์ ดังต่อไปนี้

- 3.1 ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์อื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ในการออมทรัพย์ และให้กู้ยืมเงินเช่นเดียวกับสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
- 3.2 ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าเป็นจำนวนเงิน 150.00 บาท และเงินค่าหุ้นรายเดือนงวดแรกต่อสหกรณ์ เป็นเงินไม่น้อยกว่า 100.00 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)
- 3.3 ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกสมทบ ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอส่งเงินค่าหุ้นต่อสหกรณ์ 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 ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบัน และที่จะมีต่อไปทุกประการ

หากมีข้อความใดที่ระบุในใบสมัครนี้ไม่เป็นความจริง หรือหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามสัญญาที่ให้ไว้แม้เพียงประการเดียว ข้าพเจ้ายินดีให้ทางสหกรณ์ยกเลิกสมาชิกภาพโดยทันที

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
(.....)

**หลักฐานใบสมัครประกอบด้วย**

- (1) สำเนาสลิปเงินเดือน จำนวน 1 ชุด (เดือนล่าสุด)
- (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ชุด
- (3) สำเนาหนังสือคำสั่ง จำนวน 1 ชุด (ยกเว้นสังกัดสำนักงานการแพทย์)
- (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 สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ และสังกัดสำนักงานการแพทย์ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ จะต้องผ่านการตรวจสอบ และลงลายมือชื่อรับรองจากกรรมการ หรือตัวแทนที่ท่านสังกัดอยู่เสมอเสียก่อนทุกครั้ง



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 เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์  
วชิรพยาบาล จำกัด อาทิเช่น การพิจารณาอนุมัติการให้บริการข้อมูล, การจัดทำรายงานสรุป, การประมวลผลสถิติ,  
การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ และ/หรือ หน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งใช้เพื่อการจัดทำข้อมูลสถิติสำหรับ  
ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เป็นต้น

ข้าพเจ้าถือว่าคุ่มบั้ และบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ โทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจาก  
หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ภาพถ่ายหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้  
ความยินยอมของข้าพเจ้า 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 เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์  
วชิรพยาบาล จำกัด อาทิเช่น การพิจารณาอนุมัติการให้บริการข้อมูล, การจัดทำรายงานสรุป, การประมวลผลสถิติ,  
การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ และ/หรือ หน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งใช้เพื่อการจัดทำข้อมูลสถิติสำหรับ  
ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เป็นต้น

ข้าพเจ้าถือว่าคุ่มบั้ และบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ โทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจาก  
หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ภาพถ่ายหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้  
ความยินยอมของข้าพเจ้า 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

ข้าพเจ้าถือว่าคุ่มฉบับ และบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ โทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ภาพถ่ายหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

\*  
\*.....  
(.....)

ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/ผู้ให้ความยินยอม

\*  
\*.....  
(.....)

สมาชิก/พยาน

หมายเหตุ

\* เพื่อให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562



สภากรมออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
แบบฟอร์มข้อมูลสมาชิกใหม่

**คำชี้แจง :** กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ตามความเป็นจริง

\* 1. ประวัติส่วนตัว

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

ในกรณีติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ ให้ติดต่อ ชื่อ - นามสกุล .....  
ความสัมพันธ์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....

\* 2. ประวัติครอบครัว

2.1 บิดา ชื่อ-นามสกุล

ชื่อ (นาย)..... โทรศัพท์มือถือ .....

2.2 มารดา ชื่อ-นามสกุล

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

2.3 คู่สมรส ชื่อ-นามสกุล

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

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.....ครั้งที่.....วันที่.....  
ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า เงินค่าหุ้นรายเดือน เงินรับฝาก และอื่น ๆ  
ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของ  
สหกรณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ณ วันที่.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....



**สหกรณ์ออมทรัพย์วีรชिरพยาบาล จำกัด**  
**146/69-74 ถนนช้างวงศ์โชทัย แขวงวชิระ เขตดุสิต กทม. 10300**  
**โทรศัพท์ 0-2241-8111**

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

\*\*\*\*\*

แบบบันทึก เรื่อง พินัยกรรมแบบธรรมดาหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ 1 / 2

เขียนที่ .....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์วีรชिरพยาบาล จำกัด  
 เลขทะเบียนที่.....โทรศัพท์มือถือ.....ขอทำหนังสือพินัยกรรมนี้กำหนด  
 ตั้งผู้รับโอนประโยชน์ไว้เผื่อตาย กล่าวคือเมื่อข้าพเจ้าตาย ให้สหกรณ์ออมทรัพย์วีรชिरพยาบาล จำกัด จ่ายเงินซึ่ง  
 ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ออมทรัพย์วีรชिरพยาบาล จำกัด ได้แก่

1. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....  
 อาชีพ.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....ได้รับส่วนแบ่งทั้งหมด
2. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....  
 อาชีพ.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน
3. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....  
 อาชีพ.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน
4. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....  
 อาชีพ.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาไว้ด้วยว่า ถ้าข้าพเจ้าจะเพิกถอนหรือเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดในหนังสือพินัยกรรม  
 นี้ โดยทำหนังสือพินัยกรรมฉบับใหม่ขึ้น ก็จะได้มอบหนังสือพินัยกรรมฉบับใหม่นั้นให้ สหกรณ์ออมทรัพย์วีรชिरพยา  
 บาล จำกัด ยึดถือไว้

หนังสือพินัยกรรมนี้ทำไว้ ณ วันที่ (ตัวหนังสือ).....เดือน.....  
 พุทธศักราช (ตัวหนังสือ).....และข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้า  
 พยาน ทั้งสอง ซึ่งอยู่พร้อมกันในขณะนี้

\*  
 \*.....ผู้ทำพินัยกรรม  
 (.....)

ข้าพเจ้า พยานทั้งสอง ขอรับรองว่าผู้ทำพินัยกรรมได้ลงลายมือชื่อในหนังสือพินัยกรรม ข้างบนนี้ต่อหน้า  
 ข้าพเจ้า ซึ่งอยู่พร้อมหน้ากัน

\*  
 \*.....พยาน  
 (.....)  
 \*  
 \*.....พยาน  
 (.....)





สภากาชาดไทย  
สภากาชาดไทย  
146/69-74 ถนนช้างวิงศ์โชทัย แขวงวชิระ เขตดุสิต กทม. 10300  
โทรศัพท์ 0-2241-8111

\*\*\*\*\*

แบบบันทึก เรื่อง พินัยกรรมแบบธรรมดาหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

2 / 2

\*  
หนังสือพินัยกรรมนี้ข้าพเจ้า.....ที่อยู่.....  
.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....เป็นผู้เขียน

\*

\*.....ผู้เขียน  
(.....)

### ข้อที่พึงระวัง

(๑) พินัยกรรมแบบธรรมดา ต้องทำเป็นหนังสือ ลงวัน เดือน ปี ในขณะที่ทำขึ้น และผู้ทำพินัยกรรมต้องลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน ซึ่งพยานสองคนนั้นต้องลงลายมือชื่อรับรองลายมือชื่อของผู้ทำพินัยกรรมไว้ในขณะนั้น การขูดลบ ตก เต็ม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่น ซึ่งพินัยกรรมนั้นย่อมไม่สมบูรณ์ เว้นแต่ผู้ทำพินัยกรรมจะได้ลงลายมือชื่อกำกับและพยานลงลายมือชื่อรับรองอย่างเดียวกับที่กล่าวข้างต้น (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา ๑๖๕๖)

(๒) บุคคลต่อไปนี้ จะเป็นพยานทำพินัยกรรมไม่ได้

(ก) ผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

(ข) บุคคลวิกลจริตหรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ

(ค) บุคคลที่หูหนวก เป็นใบ้ หรือจักษุบอดทั้งสองข้าง (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา ๑๖๗๐)

(๓) เมื่อบุคคลใดนอกจากผู้ทำพินัยกรรม เป็นผู้เขียนข้อความแห่งพินัยกรรม บุคคลนั้นต้องลงลายมือชื่อของตน ทั้งระบุว่าเป็นผู้เขียน ถ้าบุคคลนั้นเป็นพยานด้วย ให้เขียนข้อความระบุว่าตนเป็นพยานไว้ต่อท้ายลายมือชื่อของตนเช่นเดียวกับพยานอื่น ๆ (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา ๑๖๗๑)

(๔) ผู้เขียนและพยานในพินัยกรรม จะเป็นผู้รับทรัพย์ตามพินัยกรรมนั้นไม่ได้ และคู่สมรสของผู้เขียนหรือของพยานในพินัยกรรมก็ต้องห้ามเช่นเดียวกัน (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา ๑๖๕๓)



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 .....

ข้าพเจ้าได้ทราบและตกลงยินยอมปฏิบัติตามระเบียบเกี่ยวกับการรับเงินฝากของสหกรณ์ออมทรัพย์  
วชิรพยาบาล จำกัด และเงื่อนไข ดังนี้

1. การเปิดบัญชีเงินฝากครั้งแรก ผู้ฝากต้องกรอกรายการในคำขอเปิดบัญชีเงินฝาก ระบุเงื่อนไข ข้อตกลง  
ในการฝากและให้ตัวอย่างลายมือชื่อไว้กับสหกรณ์
2. การเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ ที่อยู่ หรือเงื่อนไข ต้องแจ้งให้สหกรณ์ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมกับให้ตัวอย่าง  
ลายมือชื่อที่อยู่ หรือเงื่อนไข ที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
3. การเปิดบัญชีเงินฝาก และการฝากเงินเพิ่มเติมทุกครั้ง ต้องเป็นจำนวนเงินไม่ต่ำกว่าที่ สหกรณ์กำหนด
4. สหกรณ์จะมอบสมุดคู่ฝากหรือใบรับฝากให้ ผู้ฝากจะโอนเปลี่ยนมือ แก่ไข หรือฉีก แผ่นใดแผ่นหนึ่งไม่ได้ และ  
ควรเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย ถ้าชำรุดหรือสูญหาย ต้องรีบแจ้งให้สหกรณ์ทราบ
5. ทุกครั้งที่ฝากหรือถอน ผู้ฝากต้องแสดงหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจลงนามของสหกรณ์ เพื่อลงรายการ  
การฝากหรือถอน แล้วตรวจจำนวนเงินที่นำมาฝากหรือถอน และยอดคงเหลือให้ ถูกต้องตลอดจนลายมือ  
ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจรับรองยอดคงเหลือให้ถูกต้องตรงกับลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามที่สหกรณ์  
ประกาศไว้ ถ้าปรากฏว่าผิดพลาดให้แจ้งสหกรณ์ทราบ และแก้ไขทันที

6. เช็ค ตัวแลกเงิน ใบสั่งจ่าย หรือตราสารอื่นที่เปลี่ยนมือได้ที่นำมาฝากสหกรณ์ สหกรณ์จะรับไว้ เพื่อเรียกเก็บเท่านั้น ผู้ฝากจะถอนเงินจำนวนนี้ได้ต่อเมื่อสหกรณ์เรียกเก็บเรียบร้อยแล้ว ถ้าหากเรียกเก็บเงินไม่ได้ ผู้ฝากต้องมาขอรับคืนไปจัดการเรียกเก็บเอง
7. ยอดเงินคงเหลือในสมุดคู่ฝากหรือใบรับฝาก ยังถือไม่ได้ว่าถูกต้องจนกว่าจะได้ตรวจสอบ ตรงกับบัญชีของสหกรณ์แล้ว
8. ดอกเบี้ยที่ผู้ฝากได้รับไปก่อนแล้ว หากเกินกว่าดอกเบี้ยที่พึงได้รับ ผู้ฝากยินยอมให้สหกรณ์ หักดอกเบี้ยส่วนที่เกินชดใช้จากดอกเบี้ยที่ค้างอยู่ หรือจากต้นเงินฝากจากบัญชีเงินฝากได้
9. เงินฝากเมื่อครบกำหนดระยะเวลาตามข้อตกลง ผู้ฝากยินยอมให้สหกรณ์ถอนต้นเงินฝาก สมทบกับดอกเบี้ยที่พึงได้รับ นำเข้าบัญชีรวมเป็นต้นเงินฝากในครั้งต่อไปได้ เว้นแต่จะให้ เงื่อนไขพิเศษเป็นอย่างอื่น
10. เอกสารหรือหนังสือใดของสหกรณ์ที่ส่งทางไปรษณีย์ธรรมดาไปยังที่อยู่ หรือสถานที่ที่ทำงาน หรือสถานที่ติดต่อได้ ซึ่งระบุไว้ในหนังสือขอเปิดบัญชี ผู้ฝากต้องยินยอมให้ถือว่าสหกรณ์ได้ ส่งให้เรียบร้อยแล้ว
11. เมื่อสหกรณ์ทราบว่า ผู้ฝากถึงแก่กรรมจะงดจ่ายเงินของผู้ฝากทันที ผู้รับมรดกหรือผู้จัดการมรดก ของผู้ฝาก มีสิทธิที่จะรับเงินฝากคืน 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.....ระบบสถานที่เขียน.....

วันที่.....วัน/เดือน/ปี.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

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

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

หมายเลขบัตรประชาชน 

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

ซอย/ตรอก..... ถนน.....สุขโขทัย..... ตำบล/แขวง.....วชิร.....

อำเภอ/เขต.....คูสิต..... 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 จึงขอสมัคร

เข้าเป็นสมาชิก และขอให้ถ้อยคำต่อสหกรณ์ฯ ดังนี้

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

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

หย่า  หม้าย

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามีความสัมพันธ์กับสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด อย่างไรอย่างหนึ่ง ดังนี้

(ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความเพียงข้อเดียว)

(✓) เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยาหรือบุตรของสมาชิกที่บรรลุนิติภาวะ

โปรดระบุ ชื่อ-นามสกุลสมาชิกสามัญ.....XXXX XXXX.....เลขสมาชิก.....XXXXX

( ) เป็นบุคลากร หรือลูกจ้าง ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดมหาวิทยาลัยนวมินทราช

สังกัดสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร และสังกัดสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

และได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างจากหน่วยงานข้างต้น แต่ข้อบังคับไม่ได้กำหนดคุณสมบัติให้

ตำแหน่งดังกล่าวเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ได้

โปรดทำเครื่องหมาย  
ที่ตรงกับท่าน

# ตัวอย่าง

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองและคำสัญญาต่อทางสหกรณ์ ดังต่อไปนี้

- 3.1 ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์อื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ในการออมทรัพย์ และให้กู้ยืมเงินเช่นเดียวกับสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
- 3.2 ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าเป็นจำนวนเงิน 150.00 บาท และเงินค่าหุ้นรายเดือนงวดแรกต่อสหกรณ์ เป็นเงินไม่น้อยกว่า 100.00 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)
- 3.3 ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกสมทบ ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงของส่งเงินค่าหุ้นต่อสหกรณ์ 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 ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบัน และที่จะมีต่อไปทุกประการ

โปรดทำเครื่องหมาย เพื่อเลือกการชำระ

หากมีข้อความใดที่ระบุในใบสมัครนี้ไม่เป็นความจริง หรือหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามสัญญาที่ให้ไว้แม้เพียงประการเดียว ข้าพเจ้ายินดีให้ทางสหกรณ์ยกเลิกสมาชิกภาพโดยทันที

ลงชื่อ ..... สหกรณ์ ออมทรัพย์ ..... ผู้สมัคร  
(..... สหกรณ์ ออมทรัพย์ .....)

<b>หลักฐานใบสมัครประกอบด้วย</b>  หมายเหตุ : กรุณารับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อยทุกฉบับ	(1) สำเนาสลิปเงินเดือน จำนวน 1 ชุด (เดือนล่าสุด) (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ชุด (3) สำเนาหนังสือคำสั่ง จำนวน 1 ชุด (ยกเว้นสังกัดสำนักงานการแพทย์) (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
--	--

**ข้อควรทราบ**

ข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ ท่านใด สังกัดคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณฯ และสังกัดสำนักงานการแพทย์ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ จะต้องผ่านการตรวจสอบ และลงลายมือชื่อรับรองจากกรรมการ หรือตัวแทนที่ท่านสังกัดอยู่เสมอเสียก่อนทุกครั้ง



# 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

ข้อมูลของ

สมาชิกสามัญ

→ 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 ภาพถ่ายหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด 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.....\* โทรศัพทที่ทำงาน.....\*

โทรศัพท์มือถือ.....\* E-mail.....\*

ขอรับรองว่า  นาย  นาง  นางสาว .....

มีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อบังคับของสหกรณ์ทั้งผู้สมัคร

ข้อมูลของ  
สมาชิกสามัญ

→ 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 ภาพถ่ายหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

\*  
\*.....  
(.....)  
คำรับรองของสมาชิกสามัญ คนที่ 2/ผู้ให้ความยินยอม

\*  
\*.....  
(.....)  
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.....

ข้อมูลของ  
ผู้บังคับบัญชา

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 ภาพถ่ายหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ  
\*  
\*.....  
(.....)  
ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/ผู้ให้ความยินยอม  
\*  
\*.....  
(.....)  
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	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

ในกรณีติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ ให้ติดต่อ ชื่อ - นามสกุล ..... **XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX**  
 ความสัมพันธ์ ..... **XXXXXXXXXX** ..... โทรศัพท์มือถือ ..... **XXX-XXXXXXXX**

### \* 2. ประวัติครอบครัว

#### 2.1 บิดา ชื่อ-นามสกุล

ชื่อ (นาย)..... **XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX** ..... โทรศัพท์มือถือ ..... **XXX-XXXXXXXX**

#### 2.2 มารดา ชื่อ-นามสกุล

ชื่อ (น.ส./นาง)..... **XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX** ..... โทรศัพท์มือถือ ..... **XXX-XXXXXXXX**

#### 2.3 คู่สมรส ชื่อ-นามสกุล

ชื่อ (น.ส./นาง/นาย)..... **XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX** ..... โทรศัพท์มือถือ ..... **XXX-XXXXXXXX**

ที่อยู่ปัจจุบันของคู่สมรส

บ้านเลขที่ ..... **XXXX** ..... หมู่ที่ ..... **XX** ..... หมู่บ้าน ..... **XXXXXXXXXX**

ซอย/ตรอก ..... **XXXXXXXXXX** ..... ถนน ..... **XXXXXXXXXX** ..... ตำบล/แขวง ..... **XXXXXXXXXX**

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดในใบแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ

\*  
ลงชื่อ\* ..... **สหกรณ์ ออมทรัพย์** .....  
( ..... **สหกรณ์ ออมทรัพย์** ..... )

# ตัวอย่าง



## สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ทะเบียนสมาชิก

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....<sup>\*</sup> สหกรณ์ ออมทรัพย์.....อายุ XX.....ปี  
สมาชิกเลขทะเบียนที่.....สหกรณ์รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุม  
คณะกรรมการดำเนินการ ในการประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....  
ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า เงินค่าหุ้นรายเดือน เงินรับฝาก และอื่น ๆ  
ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของ  
สหกรณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ณ วันที่.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....<sup>\*</sup> สหกรณ์ ออมทรัพย์.....



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
146/69-74 ถนนช้างวิงศ์โชทัย แขวงวชิระ เขตดุสิต กทม  
โทรศัพท์ 0-2241-8111

ตัวอย่าง

.....  
.....  
.....น.

\*\*\*\*\*

แบบบันทึก เรื่อง พินัยกรรมแบบธรรมดาหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

1 / 2

เขียนที่ \* ระบุสถานที่เขียน .....

ข้าพเจ้า **สหกรณ์ ออมทรัพย์** .....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
เลขทะเบียนที่.....โทรศัพท์มือถือ.....ขอทำหนังสือพินัยกรรมนี้กำหนด  
ตั้งผู้รับโอนประโยชน์ไว้เผื่อตาย กล่าวคือเมื่อข้าพเจ้าตาย ให้สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด จ่ายเงินซึ่ง  
ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ได้แก่

1. ชื่อ - นามสกุล.....**XXXXXXXX XXXXXXXX**.....อายุ...**XX**.....ปี ความสัมพันธ์...**XXXXXX**  
อาชีพ...**XXXXXX**.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่...**XXXXX**.....ตำบล...**XXXXXXXXXX**.....อำเภอ...**XXXXXXXXXX**  
จังหวัด...**XXXXXXXXXXXX**.....ได้รับส่วนแบ่งทั้งหมด

2. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....  
อาชีพ.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน

3. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....  
อาชีพ.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน

4. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....  
อาชีพ.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาไว้ด้วยว่า ถ้าข้าพเจ้าจะเพิกถอนหรือเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดในหนังสือพินัยกรรม  
นี้ โดยทำหนังสือพินัยกรรมฉบับใหม่ขึ้น ก็จะได้มอบหนังสือพินัยกรรมฉบับใหม่นั้นให้ สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล  
จำกัด ยึดถือไว้

หนังสือพินัยกรรมนี้ทำไว้ ณ วันที่ (ตัวหนังสือ) \* **สิบ** .....เดือน \* **มีนาคม**  
พุทธศักราช (ตัวหนังสือ) \* **สองพันห้าร้อยหกสิบหก** .....และข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้า  
พยาน ทั้งสอง ซึ่งอยู่พร้อมกันในขณะนี้

\* **สหกรณ์ ออมทรัพย์** .....ผู้ทำพินัยกรรม  
\* **สหกรณ์ ออมทรัพย์** .....

ข้าพเจ้า พยานทั้งสอง ขอรับรองว่าผู้ทำพินัยกรรมได้ลงลายมือชื่อในหนังสือพินัยกรรม ข้างบนนี้ต่อหน้า  
ข้าพเจ้า ซึ่งอยู่พร้อมหน้ากัน

\* .....  
\* **นายเอ บีซี** .....พยาน  
( **นายเอ บีซี** ..... )

\* .....  
\* **นายพี ดีเอฟ** .....พยาน  
( **นายพี ดีเอฟ** ..... )



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
146/69-74 ถนนช้างวิงศ์โชทัย แขวงวชิระ เขตดุสิต กทม. 10300  
โทรศัพท์ 0-2241-8111

ตัวอย่าง

แบบบันทึก เรื่อง พินัยกรรมแบบธรรมดาหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

2 / 2

\* หนังสือพินัยกรรมนี้ข้าพเจ้า... **สหกรณ์ ออมทรัพย์** ...ที่อยู่ **XXXXXXXXXXXX**  
..... ตำบล **XXXXXXXX** ..... อำเภอ **XXXXXXXXXX**  
จังหวัด **XXXXXXXXXX** ..... เป็นผู้เขียน

\* **สหกรณ์ ออมทรัพย์** ..... ผู้เขียน  
\* **สหกรณ์ ออมทรัพย์** .....  
(.....)

### ข้อที่พึงระวัง

(๑) พินัยกรรมแบบธรรมดา ต้องทำเป็นหนังสือ ลงวัน เดือน ปี ในขณะที่ทำขึ้น และผู้ทำพินัยกรรมต้องลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน ซึ่งพยานสองคนนั้นต้องลงลายมือชื่อรับรองลายมือชื่อของผู้ทำพินัยกรรมไว้ในขณะนั้น การขูดลบ ตก เต็ม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่น ซึ่งพินัยกรรมนั้นย่อมไม่สมบูรณ์ เว้นแต่ผู้ทำพินัยกรรมจะได้ลงลายมือชื่อกำกับและพยานลงลายมือชื่อรับรองอย่างเดียวกับที่กล่าวข้างต้น (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา ๑๖๕๖)

(๒) บุคคลต่อไปนี้ จะเป็นพยานทำพินัยกรรมไม่ได้

(ก) ผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

(ข) บุคคลวิกลจริตหรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ

(ค) บุคคลที่หูหนวก เป็นใบ้ หรือจักษุบอดทั้งสองข้าง (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา ๑๖๗๐)

(๓) เมื่อบุคคลใดนอกจากผู้ทำพินัยกรรม เป็นผู้เขียนข้อความแห่งพินัยกรรม บุคคลนั้นต้องลงลายมือชื่อของตน ทั้งระบุว่าเป็นผู้เขียน ถ้าบุคคลนั้นเป็นพยานด้วย ให้เขียนข้อความระบุว่าตนเป็นพยานไว้ต่อท้ายลายมือชื่อของตนเช่นเดียวกับพยานอื่น ๆ (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา ๑๖๗๑)

(๔) ผู้เขียนและพยานในพินัยกรรม จะเป็นผู้รับทรัพย์ตามพินัยกรรมนั้นไม่ได้ และคู่สมรสของผู้เขียนหรือของพยานในพินัยกรรมก็ต้องห้ามเช่นเดียวกัน (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา ๑๖๕๓)



# 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 **XXXXXXXXXX**

ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

..... โทรศัพท์ **XXX-XXXXXX**

สถานที่ที่สะดวกในการติดต่อกับข้าพเจ้า คือ **XXXXXXXXXXXXXX**

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

ออกให้โดย **XXXXXXXXXX** ..... เมื่อวันที่ **xx/xx/xx** ..... หหมดอายุ **xx/xx/xx**

มีความประสงค์จะขอเปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ โดยมีรายละเอียด

ชื่อบัญชี..... **สหกรณ์ ออมทรัพย์**

เงื่อนไขในการถอนเงิน ..... **ข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว**

ข้าพเจ้าได้ทราบและตกลงยินยอมปฏิบัติตามระเบียบเกี่ยวกับการรับเงินฝากของสหกรณ์ออมทรัพย์  
วชิรพยาบาล จำกัด และเงื่อนไข ดังนี้

1. การเปิดบัญชีเงินฝากครั้งแรก ผู้ฝากต้องกรอกรายการในคำขอเปิดบัญชีเงินฝาก ระบุเงื่อนไข ข้อตกลง  
ในการฝากและให้ตัวอย่างลายมือชื่อไว้กับสหกรณ์
2. การเปลี่ยนแปลงชื่อ ที่อยู่ หรือเงื่อนไข ต้องแจ้งให้สหกรณ์ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมกับให้ตัวอย่าง  
ลายมือชื่อที่อยู่ หรือเงื่อนไข ที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
3. การเปิดบัญชีเงินฝาก และการฝากเงินเพิ่มเติมทุกครั้ง ต้องเป็นจำนวนเงินไม่ต่ำกว่าที่ สหกรณ์กำหนด
4. สหกรณ์จะมอบสมุดคู่ฝากหรือใบรับฝากให้ ผู้ฝากจะโอนเปลี่ยนมือ แก่ไข หรือฉีก แผ่นใดแผ่นหนึ่งไม่ได้ และ  
ควรเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย ถ้าชำรุดหรือสูญหาย ต้องรีบแจ้งให้สหกรณ์ทราบ
5. ทุกครั้งที่ฝากหรือถอน ผู้ฝากต้องแสดงหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจลงนามของสหกรณ์ เพื่อลงรายการ  
การฝากหรือถอน แล้วตรวจจำนวนเงินที่นำมาฝากหรือถอน และยอดคงเหลือให้ ถูกต้องตลอดจนลายมือ  
ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจรับรองยอดคงเหลือให้ถูกต้องตรงกับลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามที่สหกรณ์  
ประกาศไว้ ถ้าปรากฏว่าผิดพลาดให้แจ้งสหกรณ์ทราบ และแก้ไขทันที

- เช็ค ตัวแลกเงิน ใบสั่งจ่าย หรือตราสารอื่นที่เปลี่ยนมือได้ที่นำมาฝากสหกรณ์ สหกรณ์จะรับไว้ เพื่อเรียกเก็บเท่านั้น ผู้ฝากจะถอนเงินจำนวนนี้ได้ต่อเมื่อสหกรณ์เรียกเก็บเรียบร้อยแล้ว ถ้าหากเรียกเก็บเงินไม่ได้ ผู้ฝากต้องมาขอรับคืนไปจัดการเรียกเก็บเอง
- ยอดเงินคงเหลือในสมุดคู่ฝากหรือใบรับฝาก ยังถือไม่ได้ว่าถูกต้องจนกว่าจะได้ตรวจสอบ ตรงกับบัญชีของสหกรณ์แล้ว
- ดอกเบี้ยที่ผู้ฝากได้รับไปก่อนแล้ว หากเกินกว่าดอกเบี้ยที่พึงได้รับ ผู้ฝากยินยอมให้สหกรณ์ หักดอกเบี้ยส่วนที่เกินชดใช้จากดอกเบี้ยที่ค้างอยู่ หรือจากต้นเงินฝากจากบัญชีเงินฝากได้
- เงินฝากเมื่อครบกำหนดระยะเวลาตามข้อตกลง ผู้ฝากยินยอมให้สหกรณ์ถอนต้นเงินฝาก สมทบกับดอกเบี้ยที่พึงได้รับ นำเข้าบัญชีรวมเป็นต้นเงินฝากในครั้งต่อไปได้ เว้นแต่จะให้ เงื่อนไขพิเศษเป็นอย่างอื่น
- เอกสารหรือหนังสือใดของสหกรณ์ที่ส่งทางไปรษณีย์ธรรมดาไปยังที่อยู่ หรือสถานที่ที่ทำงาน หรือสถานที่ติดต่อได้ ซึ่งระบุไว้ในหนังสือขอเปิดบัญชี ผู้ฝากต้องยินยอมให้ถือว่าสหกรณ์ได้ ส่งให้เรียบร้อยแล้ว
- เมื่อสหกรณ์ทราบว่า ผู้ฝากถึงแก่กรรมจะงดจ่ายเงินของผู้ฝากทันที ผู้รับมรดกหรือผู้จัดการมรดก ของผู้ฝาก มีสิทธิที่จะรับเงินฝากคืน 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