



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

AMNATCHAROEN PROVINCIAL HEALTH SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE LIMITED

366 ถนนชยางกูร อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ 37000 โทรศัพท์ 0-4545-1581 โทรสาร 0-4545-508 www.supsasook.com

ใบสมัครสมาชิกสมทบ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....โทรสาร.....

สถานภาพ โสด สมรส ชื่อคู่สมรส..... หม้าย หย่า

ประเภทสมาชิก นิติบุคคล โดย ข้าพเจ้า.....ผู้จัดการ/ผู้ได้รับมอบหมาย

จากบริษัท/ห้างร้าน.....

บุคคลธรรมดา

ลูกจ้างของหน่วยงานส่วนราชการหรือองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น

บุคคลในครอบครัวของสมาชิกสหกรณ์ ชื่อสมาชิก

เลขทะเบียน.....

ข้าพเจ้าเห็นชอบในวัตถุประสงค์ข้อบังคับและระเบียบว่าด้วยสมาชิกและการให้บริการของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ และขอให้ถ้อยคำเพิ่มเติมต่อสหกรณ์ฯ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าจะชำระค่าธรรมเนียมในการสมัครตามที่กำหนดไว้ และส่งค่าหุ้นรายเดือน (ไม่น้อยกว่า 100 บาทต่อเดือน) ในอัตราเดือนละ.....บาท

ข้อ 2. ข้าพเจ้ารู้สิทธิและหน้าที่ของสมาชิกสมทบโดยชัดแจ้งแล้ว

ข้อ 3. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยสมาชิกสมทบและการให้บริการ รวมทั้งข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

(ลงชื่อ).....พยานผู้บังคับบัญชา

(.....)หรือหน่วยงานที่เรียกชื่ออื่นใด/นิติบุคคล

(ลงชื่อ).....พยาน/ผู้รับรอง

(.....)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
หนังสือระบุดำเนินการผู้มีสิทธิได้รับคืนค่าหุ้นและผลประโยชน์ต่างๆ เมื่อสมาชิกถึงแก่กรรม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....() ผู้จัดการ/ผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก
บริษัท/ห้างร้าน.....หมายเลขสมาชิก.....

เป็นสมาชิกสมทบ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ประเภทสมาชิก () นิติบุคคล โดย ข้าพเจ้า.....ผู้จัดการ/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
จากบริษัท/ห้างร้าน.....

() บุคคลธรรมดา

() ลูกจ้างของหน่วยงานราชการหรือองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น

() บุคคลในครอบครัวของสมาชิกสหกรณ์ สมาชิก.....

เลขทะเบียน.....

ขอแสดงเจตนาโดยหนังสือนี้ว่าเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ข้าพเจ้าขอมอบเงินค่าหุ้นและผลประโยชน์ต่างๆ
อันจะได้รับจาก สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ได้แก่

อันดับที่ 1. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน

อันดับที่ 2. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน

อันดับที่ 3. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน

อันดับที่ 4. บริษัท/ห้างร้าน.....เกี่ยวข้องกับ.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตจำนง

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หนังสือให้ความยินยอมของกลุ่ม

ข้าพเจ้านาย.....และนาง.....

ผู้แทนโดยชอบธรรมของ.....ยินยอมให้.....

สมัครเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ได้รับความยินยอม
(.....)