

<p>โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง</p> <p>เอกสารประกอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน 2. สำเนาทะเบียนบ้าน 3. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน 4. สำเนาทะเบียนสมรส กรณีคู่สมรส 5. สำเนาทะเบียนรับรองบุญบุญธรรม กรณี บุตรบุญธรรม 6. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) 7. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับเงินสงเคราะห์ 8. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์

สส.ศธ.ตค 1



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด (สส.ศธ.ตค)

เขียนที่

วันที่เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่.....สังกัด/โรงเรียน.....

เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....

****กรณีผู้สมัครไม่ได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด โปรดกรอกข้อ (1) ให้ครบถ้วน ****

(1) เป็น	<input type="checkbox"/> คู่สมรส	<input type="checkbox"/> บิดา	<input type="checkbox"/> มารดา	<input type="checkbox"/> บุตร	<input type="checkbox"/> บุตรบุญธรรม
ของ.....สมาชิกสหกรณ์ฯ เลขที่สมาชิก.....					

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....

อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....

อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

(4) ชำระเงินค่าสมัครครั้งแรก จำนวน.....บาท (ค่าสมัคร 50 บาท ค่าบำรุงรายปี 50 บาท เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าปีแรก 1,200 บาท)

และครั้งต่อไปชำระดังนี้ ชำระเป็นเงินสดทุกปี ชำระหักจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ ของ.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี..... หักชำระจากเงินปันผล,เฉลี่ยคืน

ของ.....สมาชิกสหกรณ์ฯ

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

คำยินยอมของสมาชิกสามัญสหกรณ์ ให้หักชำระเงินจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ หรือ หักชำระจากเงินปันผล,เจดีย์คืน

ข้าพเจ้า.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด
เลขสมาชิก.....มีความยินยอมให้สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก
จำกัด (สส.ศธ.ตก.) หักชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินบำรุงสมาคมรายปี ของ
.....ตามที่สมาคมฯ เรียกเก็บ โดย หักชำระจากบัญชีเงินฝากใน
สหกรณ์ของข้าพเจ้า หักชำระจากเงินปันผล,เจดีย์คืนของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่
ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วน
- ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน
- ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว
- ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก
- ไม่ควรรับเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ
(.....)

ความเห็นของเลขานุการ

- ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก ไม่ควรรับเป็นสมาชิก
- อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

การอนุมัติ

- ได้รับอนุมัติเป็นสมาชิกสมาคม ตามมติที่ประชุมครั้งที่..... เมื่อวันที่

ลงชื่อ.....นายกสมาคม
(.....)

*****หมายเหตุ*****

- 1. กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์
- 2. สำเนาเอกสาร ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกฉบับ
- 3. พยานต้องเป็นบุคคลไม่เกี่ยวข้องกับผู้สมัครหรือผู้รับผลประโยชน์

