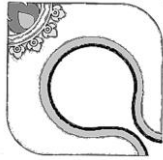


เอกสารประกอบ

1. ใบรับรองแพทย์ ออกโดยสถานพยาบาล
แพทย์แผนปัจจุบันหนึ่งทีออกให้ไม่เกิน 30 วัน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
3. สำเนาทะเบียนสมรส กรณีสมัครประเภทสมทบ
4. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)



สส.สค.สช.

ใบสมัครสมาชิก

เลขประจำตัวสมาชิก.....

รหัสสมาชิกสหกรณ์.....

วันรับขึ้นทะเบียน.....

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สถานภาพปัจจุบัน โสด สมรส หย่า หม้าย อื่น ๆ

คู่สมรสที่ถูกต้องตามกฎหมายของข้าพเจ้าชื่อ นาย / นาง.....

ข้าพเจ้าได้ทราบ พ.ร.บ.การฌาปนกิจสงเคราะห์ พ.ศ.2545 ประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2545 และข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด โดยตลอดแล้ว มีความประสงค์ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด ดังนี้

ประเภท สามัญ

ประเภท สมทบ (เป็นคู่สมรสของ นาย/นาง.....เลขประจำตัว.....)

โดยยอมรับปฏิบัติตาม ข้อบังคับของสมาคมฯ หลักเกณฑ์ และเงื่อนไข ที่กำหนดไว้ทุกประการ

1. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย และข้าพเจ้ามี ภาระหนี้ คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด ข้าพเจ้า ยินยอมให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าว จนเสร็จสิ้นก่อน

2.เงินที่เหลือจากข้อ 1. ข้าพเจ้าขอให้จ่ายเงินค่าสงเคราะห์ให้กับบุคคลดังต่อไปนี้

ให้คนละเท่า ๆ กัน ตามอัตราส่วน

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนร้อยละ.....

2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนร้อยละ.....

2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนร้อยละ.....

2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนร้อยละ.....

2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนร้อยละ.....

2.6.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนร้อยละ.....

3.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้ นาย/นาง/นางสาว.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์มือถือ.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า เป็นผู้จัดการศพ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

หนังสือยินยอมให้หักเงิน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

ได้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด ของ

○ ตนเอง ○ คู่สมรส มีความประสงค์ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน หักเงินเดือน พึ่งได้รับจากทางราชการหรือหน่วยงานที่ข้าพเจ้า สังกัดอยู่ทั้งปัจจุบัน และในอนาคต ตามจำนวนที่ทางสมาคมฯ แจ้งหักในแต่ละเดือน แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมให้หักเงิน

(.....)

ผู้รับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด (กรณีสมาชิกประเภท สมทบ)

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวสมาชิก.....ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว..... มีคุณสมบัติครบถ้วน

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสงขลา จำกัด และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับของสมาคมฯ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(.....)

(ลงชื่อ).....นายทะเบียนสมาคม

คำสั่งการอนุมัติ

○ อนุมัติเข้าเป็นสมาชิก เมื่อวันที่.....

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....