



เลขทะเบียนที่.....

ใบรับเงินเลขที่.....

## ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด

เขียนที่ **SW.จุฬารัตน์ 3 อินเตอร์**

วันที่ **3 สิงหาคม 2566**

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด

ข้าพเจ้า **นางสาว A นามสกุล A** อายุ **25** ปี (เกิดวันที่ **1/1/2541**)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน **11111111111** เชื้อชาติ **ไทย** สัญชาติ **ไทย**

ศาสนา **พชร** ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่ **88/8** ถนน **เทพารักษ์** ตำบล/แขวง **บางปลา**

อำเภอ/เขต **บางพลี** จังหวัด **สมุทรปราการ** โทรศัพท์(มือถือ) **088 - 888 - 8888**

โทรศัพท์ **02-222-2222** ได้เข้าใจข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด โดยตลอดแล้ว

เห็นชอบวัตถุประสงค์ของสหกรณ์นี้ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญ และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าเป็นลูกจ้างบริษัท **โรงพยาบาลจุฬารัตน์** จำกัด/จำกัด (มหาชน) ซึ่งเป็น

บริษัทในเครือบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) ขณะนี้ดำรง ตำแหน่ง **เจ้าหน้าที่**

แผนก **บัญชี** ฝ่าย **บริหาร** ได้ค่าตอบแทนในอัตราเดือนละ

(  ) บาท

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้ส่งเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้าจำนวนหนึ่งร้อยบาท และค่าหุ้นจำนวน **50** ( **500** )

หุ้น (หุ้นละสิบบาท) รวมเป็นเงินจำนวน **500+** **100=600** บาท มาพร้อมใบสมัครนี้ และขอแสดงความ

จำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตราร้อยละ **( ! 10" 100 # 20%)** ของค่าตอบแทนรายเดือน

หรือเป็นเงินจำนวน  บาท ต่อเดือน

ข้อ 4. ข้าพเจ้าเคยเป็นสมาชิกแห่งสหกรณ์นี้มาแล้ว และได้ลาออกไปเมื่อวันที่ **-**

เพราะเหตุ **-**

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสามัญ ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) บริษัทใน

เครือบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) นายจ้าง ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า

หักเงินได้รายเดือนเพื่อชำระตามพันธะที่ข้าพเจ้ามีอยู่ต่อสหกรณ์

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสามัญ จักปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ทุกประการ

ลงชื่อ **X** .....

( **นางสาว A นามสกุล A** )

ลงชื่อผู้สมัคร



## คำรับรองของสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า **นางสาว B นามสกุล B** .....เลขทะเบียนที่.....

ขอรับรองว่าข้อความตามใบสมัครนี้เป็นความจริง

ลงชื่อ **x** .....

( **นางสาว B นามสกุล B** )

**สมาชิกผู้รับรอง คนที่ 1**

หมายเหตุ : สมาชิกรับรอง  
ต้องเป็นผู้ที่จะสมัครเป็น  
สมาชิกสหกรณ์ด้วยกัน

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า **นางสาว C นามสกุล C** .....เลขทะเบียนที่.....

ขอรับรองว่าข้อความตามใบสมัครนี้เป็นความจริง

ลงชื่อ **x** .....

( **นางสาว C นามสกุล C** )

**สมาชิกผู้รับรอง คนที่ 2**

### มติคณะกรรมการดำเนินการ

คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด ชุดที่ ..... ในการ  
ประชุมครั้งที่..... วันที่..... มีมติอนุมัติให้รับเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่ม  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานที่ประชุม



คำอนุญาตของคู่สมรส ( )

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นคู่สมรสของ

นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับทราบข้อความในใบสมัครนี้แล้ว

อนุญาตให้นาย/นาง/นางสาว.....สมัครเข้าเป็นสมาชิก และผูกพันตาม

ข้อบังคับสหกรณ์นี้ทุกประการ

ลงชื่อ.....คู่สมรส

(.....)

ใครก็ได้ 2 คน

ลงชื่อ.....<sup>x</sup>.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....<sup>x</sup>.....พยาน

(.....)



## หนังสือให้คำยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....

อาศัยความตามมาตรา 42/1 แห่งพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ.2542 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2553 ข้าพเจ้า.....นางสาว A นามสกุล A.....  
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด เลขทะเบียนที่.....  
ปัจจุบันเป็นลูกจ้างของบริษัท.....โรงพยาบาลจุฬารัตน์.....จำกัด/จำกัด (มหาชน)  
ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่.....แผนก.....บัญชี.....ฝ่าย.....บริหาร.....  
ได้รับเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน หรือเงินได้อื่น ๆ จาก บริษัท.....โรงพยาบาลจุฬารัตน์.....จำกัด/จำกัด (มหาชน) จึงทำหนังสือให้คำยินยอมกับสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด ดังนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) บริษัทในเครือบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) นายจ้าง หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย หักเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน หรือเงินได้อื่น ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับ จากบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) บริษัทในเครือบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) หรือนายจ้าง เพื่อชำระหนี้เงินกู้ ดอกเบี้ย เงินฝาก ค่าหุ้นประจำเดือน หรือภาระผูกพันอื่นที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด ให้แก่สหกรณ์ ตามจำนวนที่สหกรณ์แจ้งไปจนกว่าหนี้หรือภาระผูกพันนั้นจะระงับสิ้นไป

2. ข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เว้นแต่สหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด จะให้ความยินยอม

3. ให้สหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด ส่งคู่มือหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ บริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) บริษัทในเครือบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) หรือนายจ้างของข้าพเจ้า ไว้เป็นหลักฐานด้วย

ลงชื่อ.....สมาชิก

(.....นางสาว A นามสกุล A.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) สมาชิกทะเบียนเลขที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) สมาชิกทะเบียนเลขที่.....

หมายเหตุ พยานทั้งสองต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด