



ตัวอย่าง สมาชิกสมทบ แพทย์

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด

ข้าพเจ้า..... **แพทย์หญิงร่ำรวย เงินทอง** อายุ..... **30** ปี (เกิดวันที่..... **1/1/2536**)
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... **777777777777** เชื้อชาติ..... **ไทย** สัญชาติ..... **ไทย**
ศาสนา..... **พุทธ** ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่..... **88/8** ถนน..... **เทพารักษ์** ตำบล/แขวง..... **บางปลา**
อำเภอ/เขต..... **บางพลี** จังหวัด..... **สมุทรปราการ** โทรศัพท์(มือถือ)..... **099-999-9999**
โทรศัพท์..... **02-222-2222** ได้เข้าใจข้อบังคับของสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด โดยตลอดแล้ว

เห็นชอบวัตถุประสงค์ของสหกรณ์นี้ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าเป็น

บิดา มารดา สามีนี ภรรยา หรือบุตรของสมาชิกที่บรรลุนิติภาวะ ของสมาชิกสามัญ คือ นาย/นาง/นางสาว..... เลขที่สมาชิก..... ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง..... แผนก..... ฝ่าย..... บริษัท..... จำกัด/จำกัด (มหาชน) ซึ่งเป็นบริษัทในเครือบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน)

บุคคลในองค์กรหรือหน่วยงานที่ขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 32 (3) ที่บรรลุนิติภาวะ ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง..... **แพทย์** แผนก..... **เด็ก** ฝ่าย..... บริษัท..... **โรงพยาบาลจุฬารัตน์** จำกัด/จำกัด (มหาชน) ซึ่งเป็นบริษัทในเครือบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) ได้คำตอบแทนในอัตราเดือนละ..... **(ไม่ต้องกรอก)** บาท

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้ส่งเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้าจำนวนหนึ่งร้อยบาท และค่าหุ้นจำนวน..... **(100 บาท)** **(ขั้นต่ำ 10 หุ้น)** **ค่าหุ้นงวดแรก 50 หุ้น** (เป็นเงิน 500 บาท)

หุ้น (หุ้นละสิบบาท) รวมเป็นเงินจำนวน..... **ค่าหุ้นงวดแรก 500 + ค่าธรรมเนียม 100 = 600** บาท มาพร้อมใบสมัครนี้ และขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตราร้อยละ..... **(ขั้นต่ำ 10 หุ้น 100 บาท แต่ไม่เกิน 20%)** ของคำตอบแทนรายเดือนหรือเป็นเงินจำนวน..... **500 บาท** บาท ต่อเดือน **จำนวนต้องตรงกับค่าหุ้นแรกเข้า**

ข้อ 4. ข้าพเจ้าเคยเป็นสมาชิกแห่งสหกรณ์นี้มาแล้ว และได้ลาออกไปเมื่อวันที่.....
เพราะเหตุ.....

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบ ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) บริษัทในเครือบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) นายจ้าง ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าหักเงินได้รายเดือนเพื่อชำระตามพันธะที่ข้าพเจ้ามีอยู่ต่อสหกรณ์

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบ จักปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ทุกประการ

ลงชื่อ..... **X**

(..... **แพทย์หญิงร่ำรวย เงินทอง**)

ลงชื่อผู้สมัคร



คำรับรองของสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า **นางสาว A นามสกุล A** เลขทะเบียนที่.....

ขอรับรองว่าข้อความตามใบสมัครนี้เป็นความจริง

ลงชื่อ..... **X**

(**นางสาว A นามสกุล A**)

สมาชิกผู้รับรอง คนที่ 1

ต้องเกี่ยวข้องกับ
สมาชิกสามัญ
ในหน้า 1

เขียนที่.....

วันที่.....

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

ขอรับรองว่าข้อความตามใบสมัครนี้เป็นความจริง

ลงชื่อ..... **X**

(**นางสาว B นามสกุล B**)

สมาชิกผู้รับรอง คนที่ 2

ต้องเป็นผู้ที่
จะสมัครเป็น
สมาชิกสหกรณ์

(ไม่ต้องกรอก)

มติคณะกรรมการดำเนินการ

คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด ชุดที่ ในการประชุมครั้งที่..... วันที่..... มีมติอนุมัติให้รับเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานที่ประชุม



คำอนุญาตของคู่สมรส

(ถ้าไม่มีไม่ต้องกรอก)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นคู่สมรสของ

นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับทราบข้อความในใบสมัครนี้แล้ว

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

ข้อบังคับสหกรณ์นี้ทุกประการ

ลงชื่อ..... Xคู่สมรส
(.....)

ลงชื่อ..... Xพยาน
(.....)

ลงชื่อ..... Xพยาน
(.....)

ใครก็ได้ 2 คน



หนังสือให้คำยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....

อาศัยความตามมาตรา 42/1 แห่งพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ.2542 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2553 ข้าพเจ้า **แพทย์หญิงร่ำรวย เงินทอง**
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด เลขทะเบียนที่.....
ปัจจุบันเป็นลูกจ้างของบริษัท.....จำกัด/จำกัด (มหาชน)
ตำแหน่ง.....แผนก.....ฝ่าย.....
ได้รับเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน หรือเงินได้อื่น ๆ จาก บริษัท.....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 ส่งฉบับหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ บริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) บริษัทในเครือบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) หรือนายจ้างของข้าพเจ้า ไว้เป็นหลักฐานด้วย

ลงชื่อ.....**X**.....สมาชิก
(.....**แพทย์หญิงร่ำรวย เงินทอง**.....)

ลงชื่อ.....**X**.....พยาน
(.....) สมาชิกทะเบียนเลขที่.....

ลงชื่อ.....**X**.....พยาน
(.....) สมาชิกทะเบียนเลขที่.....

**หมายเหตุ : ต้องเป็นคนเดียวกับ
กับสมาชิกรับรองคนที่ 1 และ 2**

หมายเหตุ พยานทั้งสองต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด