



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 **1111111111** 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** ได้คำตอบแทนในอัตราเดือนละ
(ไม่ต้องระบุ) บาท

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้ส่งเงิน **(100 บาท)** จำนวนหนึ่งร้อยบาท และ **(ขั้นต่ำ 50 หุน)** **50 หุน** (เป็นเงิน 500 บาท)
หุ้น (หุ้นละสิบบาท) รวมเป็นเงินจำนวน **600** บาท มาพร้อมใบสมัครนี้ และขอแสดงความ
จำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตราร้อยละ **(ไม่เกิน 20%)** ของคำตอบแทนรายเดือน
หรือเป็นเงินจำนวน **(ขั้นต่ำ 100 บาท)** 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

(ไม่ต้องกรอก)

มติคณะกรรมการดำเนินการ

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานที่ประชุม



คำอนุญาตของคู่สมรส (ถ้าไม่มีไม่ต้องกรอก)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นคู่สมรสของ

นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับทราบข้อความในใบสมัครนี้แล้ว

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

ข้อบังคับสหกรณ์นี้ทุกประการ

ลงชื่อ.....คู่สมรส

(.....)

ใครก็ได้ 2 คน

ลงชื่อ.....^xพยาน

(.....)

ลงชื่อ.....^xพยาน

(.....)



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 ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากบริษัท 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) หรือนายจ้างของข้าพเจ้าไว้เป็นหลักฐานด้วย

ลงชื่อ.....X.....สมาชิก

(.....นางสาว A นามสกุล A.....)

ลงชื่อ.....X.....พยาน

(.....นางสาว B นามสกุล B.....) สมาชิกทะเบียนเลขที่.....

ลงชื่อ.....X.....พยาน

(.....นางสาว C นามสกุล C.....) สมาชิกทะเบียนเลขที่.....

หมายเหตุ : ต้องเป็นคนเดียวกับ
กับสมาชิกรับรองคนที่ 1 และ 2

หมายเหตุ พยานทั้งสองต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด