เลขทะเบียนที่.....

ใบรับเงินเลขที่.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด

ข้าพเจ้า.....นายสามี พนักงาน.....อายุ.....30.....ปี (เกิดวันที่.....1/1/2536.....)
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....2222222222222.....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 สามี ภรรยา หรือบุตรของสมาชิกที่บรรลุนิติภาวะ ของสมาชิกสามัญ คือ นาย/นาง/นางสาว.....นางสาว A นามสกุล A.....เลขที่สมาชิก.....(ไม่ต้องกรอก).....ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที.....แผนก.....บัญชี.....ฝ่าย.....บริหาร.....
บริษัท.....โรงพยาบาลจุฬารัตน์.....จำกัด/จำกัด (มหาขน) ซึ่งเป็นบริษัทในเครือบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน)

☐ บุคคลในองค์กรหรือหน่วยงานที่ขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 32 (3) ที่บรรลุนิติภาวะ ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง.....แผนก.....ฝ่าย.....
บริษัท.....จำกัด/จำกัด (มหาชน) ซึ่งเป็นบริษัทในเครือบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) ได้ค่าตอบแทนในอัตราเดือนละ.....บาท

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้ส่งเงิน(100 บาท)ค่าธรรมเนียมแรกเข้าจำนวนหนึ่งร้อยบาท และ(ขั้นต่ำ 50 หุ้น)ค่าหุ้นจำนวน.....50 หุ้น (เป็นเงิน 500 บาท)
หุ้น (หุ้นละสิบบาท) รวมเป็นเงินจำนวน.....600.....บาท มาพร้อมใบสมัครนี้ และขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตราร้อยละ.....(ไม่เกิน20%)..... ของค่าตอบแทนรายเดือนหรือเป็นเงินจำนวน.....(ขั้นต่ำ 100 บาท)..... บาท ต่อเดือน

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

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

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบ จักปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ทุกประการ

ลงชื่อ.....x.....

(.....นายสามี พนักงาน.....)

ลงชื่อผู้สมัคร

คำรับรองของสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....

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

ขอรับรองว่าข้อความตามใบสมัครนี้เป็นความจริง

ลงชื่อ.....x.....

(.....นางสาว A นามสกุล A.....**)**

สมาชิกผู้รับรอง คนที่ 1

ต้องเกี่ยวข้องกับสมาชิกสามัญในหน้า 1

เขียนที่.....

วันที่.....

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

ขอรับรองว่าข้อความตามใบสมัครนี้เป็นความจริง

ลงชื่อ.....x.....

(.....นางสาว B นามสกุล B.....**)**

สมาชิกผู้รับรอง คนที่ 2

ต้องเป็นผู้ที่จะสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์

(ไม่ต้องกรอก)

<u>มติคณะกรรมการดำเนินการ</u>

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

ลงชื่อ.....

(.....**)**

ประธานที่ประชุม

คำอนุญาตของคู่สมรส **(ถ้าไม่มีไม่ต้องกรอก)**

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นคู่สมรสของ

นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับทราบข้อความในใบสมัครนี้แล้ว

อนุญาตให้นาย/นาง/นางสาว.....สมัครเข้าเป็นสมาชิก และผูกพันตามข้อบังคับสหกรณ์นี้ทุกประการ

ลงชื่อ.....X.....คู่สมรส

(.....)

ใครก็ได้ 2 คน

ลงชื่อ.....X.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....X.....พยาน

(.....)

หนังสือให้คำยินยอม

เขียนที่.....
วันที่.....

อาศัยความตามมาตรา 42/1 แห่งพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ.2542 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2553 ข้าพเจ้า.....นายสามี พนักงาน.....
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 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 ส่งคู่ฉบับหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ บริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) บริษัทในเครือบริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน) หรือนายจ้างของข้าพเจ้าไว้เป็นหลักฐานด้วย

ลงชื่อ.....X.....สมาชิก
(.....นายสามี พนักงาน.....)

หมายเหตุ : ต้องเป็นคนเดียวกันกับสมาชิกรับรองคนที่ 1 และ 2

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

<u>หมายเหตุ</u> พยานทั้งสองต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด