



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมสถาปนิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี เลขประจำตัวสมาชิก.....

ทะเบียนเลขที่ 70/อน/004

เขียนที่ สมาคมสถาปนิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี

สมัครวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/น.ส.).....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....ชื่อคู่สมรส.....ซึ่งผู้สมัครเป็น () บิดา () มารดา () คู่สมรส () บุตร () พี่ () น้อง () อื่นๆของสมาชิกสหกรณ์ชื่อ

ซึ่งเป็นสมาชิกสหกรณ์ เลขที่.....**ผู้สมัคร**อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมสถาปนิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี

หากข้าพเจ้าผู้สมัครถึงแก่กรรม ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์โดยง่ายให้กับบุคคลดังต่อไปนี้

- 1.....ลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
- 2.....ลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
- 3.....ลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
- 4.....ลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
- 5.....ลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
- 6.....ลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
- 7.....ลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า

** โดยระบุให้บุคคลผู้รับเงินสงเคราะห์ ลำดับที่.....ชื่อ-สกุล.....เป็นผู้จัดการงานศพข้าพเจ้า

*** (หากผู้สมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ที่มีหนี้สินต่อสหกรณ์ ทางสหกรณ์จะหักเงินส่วนที่เหลือเพื่อชำระหนี้สหกรณ์ก่อน)***

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบข้อบังคับของสมาคมฯโดยตลอดแล้วขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ ในการสมัครครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอให้สมาคมฯ ดำเนินการเรียกเก็บเงินต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าต้องชำระตามภารกิจของสมาคมฯ โดยให้เรียกเก็บจากผู้ยินยอมให้หักเงินและผู้ที่จะต้องจ่ายเงินแทนข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

หนังสือยินยอมให้หักเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / น.ส.).....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี

เลขที่.....สังกัด/โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัดอุทัยธานี

เบอร์โทรศัพท์ยินยอมให้สมาคมฯ หักเงินสงเคราะห์และเงินอื่น ๆ ตามข้อบังคับของสมาคมฯ

จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าแทนผู้สมัคร

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมให้หักเงิน

หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวสมาชิกสภกรณ์
ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี เลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่า ผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวสมาชิกสภกรณ์
ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี เลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่า ผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

มติของคณะกรรมการ

.....
.....

.....

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

ลงวันที่.....

* การรับสมัครเข้าเป็นสมาชิกจะมีผลก็เมื่อนำหลักฐานการสมัครเข้าที่ประชุมให้คณะกรรมการดำเนินการสมาคมฯ พิจารณาและอนุมัติในที่ประชุมแล้วเท่านั้น

หมายเหตุ * เอกสารประกอบการสมัคร * ผู้สมัคร และ ผู้รับเงินสงเคราะห์ อย่างละ 1 ชุด

******* ผู้สมัครเป็นสมาชิกต้องมีอายุตั้งแต่ 20 – 60 ปีบริบูรณ์ *******

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการของผู้สมัคร (รับรองสำเนาทุกฉบับ)
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร (รับรองสำเนาทุกฉบับ)
3. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐบาลเท่านั้น ของผู้สมัคร มีอายุไม่เกิน 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ขอ
4. ค่าสมัครแรกเข้าเป็นสมาชิกปกติ 505.- บาท
5. ทะเบียนสมรส (ในกรณีที่ใช้ “นามสกุลเดิม” / ใช้คำหน้า “นางสาว”) **ต้องแนบแบบ ค.ร.2** มาด้วย
7. สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้าน และทะเบียนสมรส ของผู้รับประโยชน์
8. ผู้สมัครต้องมายื่นเอกสารการสมัครด้วยตนเอง ณ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี