



ใบสมัครสมาชิก (สามัญ)

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อนามัยสุรินทร์

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขสมาชิก ฌสอ.
อนุมัติเป็นสมาชิกเมื่อ.....
สมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อ.....

เขียนที่
วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลสมาชิก (ผู้สมัคร)

ชื่อ-สกุลเลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....ID line.....
เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด เลขทะเบียน.....

2. เรียกเก็บเงินจาก

ชื่อ-สกุลเลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
เลขทะเบียนสหกรณ์.....สังกัดหน่วย.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อนามัยสุรินทร์นี้แล้ว มีความ
เต็มใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับระเบียบและคำสั่งนั้น ๆ ทั้งที่ออกมาก่อนหรือหลังการสมัครของข้าพเจ้า
หรือมีการแก้ไขประการใด ๆ ก็ดี ถ้าหากข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับระเบียบหรือคำสั่งดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้า
ยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่มีข้อโต้แย้งต่อสมาคมฯ แต่อย่างไรก็ดีโดยสิ้นเชิง

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)

3. ผู้ยินยอมให้หักเงิน

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล ผู้ยินยอม)ที่อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฯหักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระเป็นค่าสมัคร ค่าบำรุง เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า
ค่าสงเคราะห์ศพ

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมให้หักเงิน
(.....)

ใบแสดงความจำนง

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม มีความประสงค์ให้บุคคลต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ

1. ชื่อ-สกุล ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ซึ่งเกี่ยวข้องกับ..... ของข้าพเจ้า

2. ชื่อ-สกุล ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ซึ่งเกี่ยวข้องกับ..... ของข้าพเจ้า

3. ชื่อ-สกุล ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ซึ่งเกี่ยวข้องกับ..... ของข้าพเจ้า

และให้ ชื่อ-สกุล ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นเข้าใจดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน/ผู้รับรอง (ลงชื่อ)..... พยาน/ผู้รับรอง
(.....) (.....)

เลขสมาชิก ฌสอ. เลขสมาชิก ฌสอ.

หมายเหตุ สมาชิกภาพของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกจะสมบูรณ์เมื่อครบกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบ(180)วันนับตั้งแต่วันที่คณะกรรมการของสมาคมได้มีมติให้เป็นสมาชิก และผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกได้ชำระเงินค่าสมัครและชำระเงินต่าง ๆ ตามข้อบังคับนี้เรียบร้อยแล้ว โดยมีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

(1) การตายทุกกรณี นับตั้งแต่วันที่คณะกรรมการของสมาคมได้มีมติให้เป็นสมาชิกครบกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบ(180) วัน
ยกเว้น ตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด

(2) การตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด นับตั้งแต่วันที่คณะกรรมการของสมาคมได้มีมติให้เป็นสมาชิกครบสามร้อยหกสิบห้า (365) วัน
หลักฐานประกอบการสมัคร

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับเงินสงเคราะห์ศพทุกคน
2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร, สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ศพทุกคน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีผู้รับผลประโยชน์เป็นคู่สมรส)
4. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (ออกให้โดยโรงพยาบาลของรัฐ)