



## ใบสมัครสมาชิก (สมทบ)

### สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์อนามัยสุรินทร์

\*\*\*\*\*

#### สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขสมาชิก ฌสอ. ....

อนุมัติเป็นสมาชิกเมื่อ.....

สมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อ.....

เขียนที่ .....

วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ.....

#### 1. ข้อมูลสมาชิก (ผู้สมัคร)

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

2. เกี่ยวข้องเป็น  คู่สมรส  บุตร  บิดา  มารดา  พี่-น้อง  อสม.  อื่นๆ.....

ของ ชื่อ-สกุล ..... เป็นสมาชิก ฌสอ. เลขที่ .....

#### 3. เรียกเก็บเงินจาก

ชื่อ-สกุล .....เลขประจำตัวประชาชน ----  
เลขทะเบียนสหกรณ์.....สังกัดหน่วย.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์อนามัยสุรินทร์นี้แล้ว มีความ  
เต็มใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งนั้น ๆ ทั้งที่ออกมาก่อนหรือหลังการสมัครของข้าพเจ้า  
หรือมีการแก้ไขประการใด ๆ ก็ดี ถ้าหากข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับระเบียบหรือคำสั่งดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้า  
ยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่มีข้อโต้แย้งต่อสมาคมฯ แต่อย่างไรโดยสิ้นเชิง

( ลงชื่อ ).....ผู้สมัคร

(.....)

#### 4. ผู้ยินยอมให้หักเงิน(กรณีเป็นสมาชิกสอ.สร.)

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล ผู้ยินยอม) .....ที่อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้สมัคร  
ยินยอมให้สมาคมฯหักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระเป็นค่าสมัคร ค่าบำรุง เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า  
ค่าสงเคราะห์ศพ เพื่อชำระให้ (ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร) .....

( 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 โดยมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ 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 )