

ใบสมัครเป็นสมาชิกบริจาคเงินสมทบเพื่อสงเคราะห์เกี่ยวกับการช่วยเหลือการชำระหนี้ต่อสหกรณ์
ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภูธรจังหวัดลำปาง จำกัด

เอกสารประกอบการสมัคร

- () สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- () สำเนาทะเบียนบ้าน
- () ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐ
- () อื่น ๆ

คุณสมบัติ

- () สมัครใหม่ อายุไม่เกิน 51 ปีบริบูรณ์ จำนวนเงินสมทบรายเดือน ๆ ละ 1,000 บาท
- () เคยเป็นสมาชิกสหกรณ์ลำปาง ย้ายไปรับราชการสังกัดใหม่โดยได้ลาออก และย้ายกลับมารับราชการในสังกัด ภ.จว.ลำปาง มีสิทธิสมัครโดยไม่ถูกจำกัดอายุ จำนวนเงินสมทบรายเดือน ๆ ละ 1,000 บาท
- () ไม่เคยเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ดังนี้

ลำดับ	อายุสมาชิก	จำนวนเงิน(บาท)
1	อายุไม่เกิน 51 ปี	1,100
2	อายุไม่เกิน 52 ปี	1,200
3	อายุไม่เกิน 53 ปี	1,200
4	อายุไม่เกิน 54 ปี	1,300
5	อายุไม่เกิน 55 ปี	1,300
6	อายุไม่เกิน 56 ปี	1,400
7	อายุไม่เกิน 57 ปี	1,500
8	อายุไม่เกิน 58 ปี	1,600
9	อายุไม่เกิน 59 ปี	1,700
10	อายุไม่เกิน 60 ปี	1,800



สมาชิกเลขทะเบียน.....
 สมาชิกกองทุนเลขที่.....

ใบสมัครเข้าร่วมการบริจาคเงินสมทบเพื่อสงเคราะห์เกี่ยวกับการช่วยเหลือการชำระหนี้ต่อสหกรณ์ของสมาชิก
 สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภูธรจังหวัดลำปาง จำกัด

เขียนที่.....
 วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขทะเบียนสมาชิก.....
 ตำแหน่ง.....สังกัด.....เลขบัตรประจำตัวข้าราชการ/
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้สะดวกบ้านเลขที่.....
 หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ที่บ้าน.....
 ที่ทำงาน.....มือถือ.....โทรสาร.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเข้าเป็นสมาชิกการบริจาคเงินสมทบ เพื่อสงเคราะห์เกี่ยวกับการช่วยเหลือ
 การชำระหนี้ต่อสหกรณ์ของสมาชิก และข้าพเจ้าได้ทราบหลักเกณฑ์ตามประกาศ เป็นอย่างดีแล้วและขอให้
 ถ้อยคำเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าสัญญาว่าเมื่อข้าพเจ้าเข้าร่วมเป็นสมาชิกตามประกาศฯ ข้าพเจ้าขอเปิดบัญชีเงินฝาก
 ออมทรัพย์ 1 บัญชีไว้กับสหกรณ์ เพื่อความสะดวกต่อการทำธุรกรรมทางการเงินกับสหกรณ์และกองทุน
 ซึ่งอาจมีต่อไปภายหน้า

ข้อ 2. เมื่อข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกตามประกาศฯ แล้ว จะปฏิบัติตามระเบียบ มติหรือคำสั่งคณะกรรมการ
 เงินกองทุนฯ และประกาศ ของสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภูธรจังหวัดลำปาง จำกัด ว่าด้วยเรื่อง หลักเกณฑ์ว่า
 ด้วยการบริจาคเงินสมทบ เพื่อสงเคราะห์เกี่ยวกับการช่วยเหลือการชำระหนี้ต่อสหกรณ์ของสมาชิก ทุกประการ
 พร้อมนี้ได้แนบเอกสารประกอบ ดังนี้

- () สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- () สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- () อื่น ๆ ระบุ.....
- () ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
 (.....)



สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภูธรจังหวัดลำปาง จำกัด

หนังสือขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์

บัญชีเลขที่ 90 -

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิกที่.....
 สังกัด.....ตำแหน่ง.....ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....
 หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
 บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข.....
 ออกโดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

ข้อ 1. ข้าพเจ้าขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภูธรจังหวัดลำปาง จำกัด
 ในนาม(ชื่อสมาชิก).....จำนวนเงินที่ขอเปิดบัญชี..... บาท
 ฝากโดยหักจากเงินได้รายเดือน และมีความประสงค์ให้เรียกเก็บเงินจากเงินได้รายเดือนเป็นประจำทุกเดือน
 เดือนละบาท (.....) ตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ฯ ถอนเงินฝากออมทรัพย์ของข้าพเจ้า เพื่อบริจาคมอบเงินสมทบเพื่อ
 สงเคราะห์เกี่ยวกับการช่วยเหลือการชำระหนี้ต่อสหกรณ์ของสมาชิก

ข้อ 3. เมื่อข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภูธรจังหวัดลำปาง จำกัด ข้าพเจ้า
 มีอำนาจลงนามสั่งจ่ายเงินเพียงผู้เดียว เว้นแต่ข้าพเจ้าเสียชีวิตข้าพเจ้าขอมอบให้ตามหนังสือแสดงเจตนาแต่งตั้ง
 ผู้รับผลประโยชน์ และมีอำนาจลงนามสั่งจ่ายเงินแทนข้าพเจ้า

ข้อ 4. ข้าพเจ้ายินยอมผูกพันและปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภูธร
 จังหวัดลำปาง จำกัด ในส่วนที่ว่าด้วยเงินฝากออมทรัพย์ ซึ่งใช้อยู่ในเวลานั้น ๆ

ข้อ 5 ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ มติหรือคำสั่งคณะกรรมการเงินกองทุนฯและประกาศของสหกรณ์
 ออมทรัพย์ตำรวจภูธรจังหวัดลำปาง จำกัด ว่าด้วยเรื่อง หลักเกณฑ์ว่าด้วยการบริจาคมอบเงินสมทบ เพื่อสงเคราะห์
 เกี่ยวกับการช่วยเหลือการชำระหนี้ต่อสหกรณ์ของสมาชิก ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอเปิดบัญชี

(.....)

.....ผู้เปิดบัญชี เจ้าหน้าที่สหกรณ์ผู้รับเงิน เจ้าหน้าที่การเงินผู้อนุมัติ ผู้จัดการ
--	---------------------------------------	------------------------------



**หนังสือยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภูธรจังหวัดลำปาง จำกัด
หักเงินจากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์เพื่อบริจาคเงินสมทบ เพื่อสงเคราะห์เกี่ยวกับการช่วยเหลือ
การชำระหนี้ต่อสหกรณ์ของสมาชิก**

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์(บ้าน)..... โทรศัพท์(มือถือ).....
 เป็นเจ้าของบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ 90 -
 ชื่อบัญชี..... มีความประสงค์ให้สหกรณ์ออมทรัพย์
 ตำรวจภูธรจังหวัดลำปาง จำกัด ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของข้าพเจ้าเพื่อบริจาคเงินสมทบ
 เพื่อสงเคราะห์เกี่ยวกับการช่วยเหลือการชำระหนี้ต่อสหกรณ์ของสมาชิก ตามประกาศสหกรณ์

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำ
 ในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้วตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)



หนังสือแสดงเจตนาแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....อายุ.....ปี
 สังกัด.....ตำแหน่ง.....ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....
 หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
 สมัครเป็นสมาชิกการบริจาคนเงินสมทบเพื่อสงเคราะห์เกี่ยวกับการช่วยเหลือการชำระหนี้ต่อสหกรณ์ของสมาชิก
 ขอแสดงเจตนารับผลประโยชน์ในกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างเป็นสมาชิก โดยขอระบุ
 ผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ตามลำดับ ดังนี้

1.เกี่ยวข้องกับ.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
2.เกี่ยวข้องกับ.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
3.เกี่ยวข้องกับ.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
4.เกี่ยวข้องกับ.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

- ขอสงวนไว้เป็นความลับ ห้ามมิให้เปิดเผยข้อมูลไม่ว่ากรณีใดๆ จนกว่าข้าพเจ้าจะถึงแก่กรรม
- สามารถเปิดเผยข้อมูลให้ทายาทหรือญาติของข้าพเจ้าที่ประสงค์ขอทราบรายละเอียด โดยต้อง

ได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากข้าพเจ้า

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา (สมาชิก)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

แล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว.....ไม่เป็นโรคต่อไปนี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็ง
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคร้ายแรงอื่นๆ

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) สถานที่ตรวจจะต้องเป็นโรงพยาบาลของรัฐ(ระเบียบข้อ 6.1.1 วรรคท้าย)

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุให้ออกจากราชการ

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย