



แบบฟอร์มสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จำกัด

หน่วยงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....

เป็น ()ข้าราชการ ()ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....เงินเดือน.....บาท

เลขที่บัญชีธนาคาร.....เลขที่บัตรประชาชน.....

วัน เดือน ปี ที่เกิด.....ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์..... ()เคยเป็น ()ไม่เคยเป็น สมาชิกสหกรณ์ฯ

(กรณีเคยเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ หากการลาออกยังไม่ครบ 1 ปี ให้ถือว่าการสมัครใหม่นี้เป็นโมฆะ)

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จำกัด

ตั้งแต่วันที่.....พ.ศ..... เมื่อสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมเสียค่าธรรมเนียมตามระเบียบของสหกรณ์ และยินยอมปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ
ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จำกัด ด้วยความสมัครใจ พร้อมนี้ให้หักเงินรายเดือน
ของข้าพเจ้า ณ ที่จ่าย เป็นเงินค่าหุ้น.....บาท พร้อมเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

() สำเนาทะเบียนบ้าน

() สำเนาบัตรข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานของรัฐ หรือสำเนาบัตรประชาชน

() สำเนาใบยินยอมให้หักเงินเดือน

(ลงชื่อ)

ผู้สมัคร

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

เห็นควรอนุมัติ/ ไม่อนุมัติ

คำรับรองของเจ้าหน้าที่การเงิน

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวมีเงินเดือน

(ลงชื่อ)

ให้หักและพอหักจริง

(.....)

ตำแหน่ง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

บันทึกของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

เป็นสมาชิกเลขทะเบียน.....ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ)

ผู้ตรวจสอบ

หมายเหตุ กรุณาเขียนใบสมัครด้วยตัวบรรจงด้วยลายมือตนเอง และกรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกรายการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จ.เพชรบูรณ์จำกัด โทร 056-725566, 056-722367 แฟกซ์ 056-712144