

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่องเอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้ายหรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



ใบสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่าย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)

เขียนที่.....
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

- (1.) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียน สอ.
 เป็นเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด ที่เป็นศูนย์ประสานงานกองทุน ฯ
 เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) ของสหกรณ์ที่เป็นศูนย์ประสานงานกองทุนฯ

(2.) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....
 สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....
 ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3.) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

(4.) การชำระเงิน ดังนี้
 4.1 การชำระเงินครั้งแรก
 ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท
 เงินค่าเบี้ยประกันชีวิต เป็นเงิน.....บาท
 รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....บาท (.....)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้
 ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุน ฯ (สหกรณ์ต้นสังกัด)
 ชำระเงินโอนเข้าบัญชีกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์ ฯ เลขที่บัญชี.....
 ชำระจากการหักเงินปันผล เติลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุน ฯ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุน ฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนภาคีเครือข่าย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภส.) ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภส.) และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภส.) ประกาศเรื่อง การรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน
กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภส.)

เสนอ

เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภส.)

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการ
กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภส.)

คำสั่ง

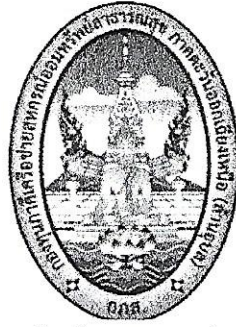
อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภส.)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนภาคีเครือข่าย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภส.)



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากประวัติการรักษารักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ

(2) โรคหัวใจ

(3) โรควิมโรคในระยะอันตราย

(4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง

(5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

(6) โรคไตระยะที่ 5

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ () สุขภาพแข็งแรง

() อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่นๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม (1) - (6) หรือโรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(ภคส.) จะไม่รับเป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภคส.) กำหนด
เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก

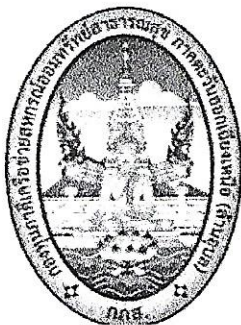
เรียน ประธานกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภคส.)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ตาม (1) - (6)

หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้ว และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภคส.) ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภคส.)
ตามมติประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 1/2565

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก)

(.....) ตัวบรรจง



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ
กองทุนภาคีเครือข่ายสภรณออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.)

เขียนที่.....
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิก (กส.) เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....

1.สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าหรือหม้าย

2.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาได้รับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนภาคีเครือข่ายสภรณออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.) จ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน
 อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

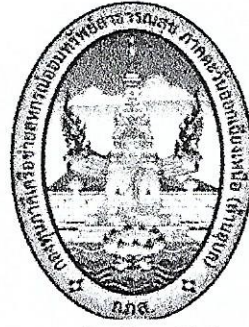
ผู้สมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่าย
สภรณออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.)

(ลงชื่อ).....พยาน (สมาชิกสภรณ)

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่กองทุน ฯ

(.....)



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจรับเงินสวัสดิการ (ในส่วนผู้รับโอนประโยชน์)
กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภกส.)

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขประจำตัวประชาชนเลขที่
[]
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์มือถือ.....พร้อมผู้ลงนามยินยอมและมอบอำนาจทำหนังสือนี้

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์.....จำกัด เป็นผู้รับเงินกองทุน ฯ
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวไปชำระหนี้ของ (นาย/นาง/นางสาว).....ที่มีต่อสหกรณ์
ออมทรัพย์.....จำกัด จนแล้วเสร็จและดำเนินการประสานงานกับกองทุนภาคีเครือข่าย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภกส.) แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอม
และมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....) (.....)

บัตร ปชช. เลขที่..... บัตร ปชช. เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....) (.....)

บัตร ปชช. เลขที่..... บัตร ปชช. เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับมอบ
อำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....พยาน (ผู้สมัคร) ลงชื่อ.....พยาน (สมาชิกสหกรณ์)
(.....) (.....)