โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

<u>เอกสารประกอบสมัคร</u>

1.สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน

2.สำเนาทะเบียนบ้าน

3.ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

4.สำเนาบัตร ปชช และสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสวัสดิการ

เลขประจำตัวสมาชิก.....

ใบสมัครสมาชิก

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน ..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. เป็นสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 1 เลขที่.....
2. สถานติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2
4. การชำระค่าสมัครและเบี้ยประกัน ดังนี้

4.1 การชำระค่าสมัครครั้งแรก

( ) ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท

( ) เงินค่าเบี้ยประกันชีวิต.....บาท

รวมเงินที่ชำระครั้งนี้ เป็นเงิน.....บาท(.....)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

( ) ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน(สหกรณ์ต้นสังกัด)

( ) ชำระเงินเข้าบัญชีกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน เลขที่บัญชี.....

( ) ชำระจากการหักเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนสาธารณสุขภาคอีสานแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุนฯทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2 และได้ แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ประกาศ เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

เสนอ

( ) เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2

( ) ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

คำสั่ง

( ) อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2

( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่..... เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2 เลขทะเบียนที่.....สถานติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

1. สถานภาพ

( ) โสด ( ) สมรส คู่สมรสชื่อ..... ( ) หย่าหรือหม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน จ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ( ) ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ( ) ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

( ) อื่นๆ(ระบุ).....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือ กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ กองทุนฯ

(.....)

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสวัสดิการ

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ □□□□□□□□□□□□□ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....

หมู่ที่..... ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

พร้อมผู้ลงนามยินยอมและมอบอำนาจท้ายหนังสือนี้ ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์.....

เป็นผู้รับเงินกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน แทนข้าพเจ้า เพื่อนำเงินดังกล่าวไปชำระหนี้ของ.....

ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนแล้วเสร็จ และดำเนินการประสานงานกับกองทุนสาธารณสุขภาคอีสานแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....) 1

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

(.....) 2 (.....) 3

บัตรปชช.เลขที่..... บัตรปชช.เลขที่.....

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

(.....) 4 (.....) 5

บัตรปชช.เลขที่..... บัตรปชช.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

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

(.....) (.....)