

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่องเอกสารประกอบ

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

เลขประจำตัวสมาชิก.....



**ใบสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่าย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภกส.) ล้านอุบล
ประเภทสมทบ (บิดา มารดา / คู่สมรส / บุตร)**

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

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

เลขประจำตัวประชาชน

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

(1) เป็นคู่สมรส / บิดา มารดา / บุตร ของ นาย/นาง/น.ส.....

ซึ่งเป็นสมาชิกสามัญ / สมทบ ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข.....จำกัด เลขทะเบียน สอ.

เป็นคู่สมรส / บิดา มารดา / บุตร ของ นาย/นาง/น.ส.....จำกัด ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่

ผู้ปฏิบัติงานกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภกส.) ของสหกรณ์ที่เป็นศูนย์ประสานงานกองทุน

(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 เฉลี่ยคืน จากสมาชิกสามัญ นาย/นาง/น.ส.....เลขทะเบียน สอ.

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุน ฯ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุน ฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนภาคีเครือข่าย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กภส.) ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กภส.) และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กภส.) ประกาศเรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กภส.)

เสนอ

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กภส.)
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการ

กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กภส.)

คำสั่ง

- อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กภส.)
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ประธานกองทุนภาคีเครือข่าย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กภส.)



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 และปราศจากประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(1) โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ

(2) โรคหัวใจ

(3) โรคผิวหนังในระยะอันตราย

(4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง

(5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

(6) โรคไตระยะที่ 5

สรุปความเห็นและขอเสนอแนะของแพทย์ () สุขภาพแข็งแรง

() อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่นๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป้นโรค ตาม (1) - (6) หรือโรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(กกส.) จะไม่รับเป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) กำหนดนี้ เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก

เรียน ประธานกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ตาม (1) - (6) หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้ว และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) ตามมติประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 1/2565

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก)

(.....) ตัวบรรจง



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ
กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิก (กกส.) เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....มือถือ.....

1.สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าหรือหม้าย

2.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาได้รับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) 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 ข่มขู่ หรือ กระทบการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่าย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)

(ลงชื่อ).....พยาน (สมาชิกสหกรณ์)

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่กองทุน ฯ

(.....)



หนังสือรับทราบ การได้รับสิทธิและความคุ้มครองของสมาคมหรือกองทุน

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี ได้ชำระค่าสมัครสมาคมหรือ
กองทุน.....จำนวน.....บาทเรียบร้อยแล้ว และยินยอมให้
ทางศูนย์ประสานงานสหกรณ์อ้อมทรัพย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำกัด สมัครสมาชิก
ในระบบสมาคมหรือกองทุน ในวันที่.....

ข้าพเจ้ารับทราบว่าอยู่ในช่วงระยะเวลาปลอดคอย ข้าพเจ้าจะได้รับสิทธิและความคุ้มครองต่อเมื่อทาง
สมาคมหรือกองทุนอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

...../...../.....