

ใบสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ จำกัด

กรณีคู่สมรส ของสมาชิกสหกรณ์
--

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
 สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....ประกอบอาชีพ.....
 ตำแหน่ง.....สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทร.....เป็นคู่สมรสของสมาชิกสหกรณ์ฯ
 ชื่อ.....นามสกุล.....เลขทะเบียน.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ จำกัด ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจ
 ข้อบังคับของสมาคมนี้แล้ว มีความเต็มใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับระเบียบและคำสั่งนั้นๆ ทั้งที่ออกมาก่อนหรือ
 หลังการสมัครของข้าพเจ้าหรือมีการแก้ไขประการใดๆ ก็ดี ถ้าหากข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับระเบียบหรือคำสั่ง
 ดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่ได้แย้งต่อสมาคมฯ แต่อย่างใดโดยสิ้นเชิง

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมมีความประสงค์ให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ

- ชื่อ.....นามสกุล.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
 - ชื่อ.....นามสกุล.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
 - ชื่อ.....นามสกุล.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
 - ชื่อ.....นามสกุล.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
 - ชื่อ.....นามสกุล.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
- และให้.....นามสกุล.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

อนึ่งข้าพเจ้าเป็นสมาชิกของสมาคมฯ ข้าพเจ้าให้สมาคมฯ หักเงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า เงินสงเคราะห์ศพและเงิน
 อื่นๆ จากคู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
 สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....(คู่สมรส) (ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

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

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

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

หลักฐานประกอบการสมัคร

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร / สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับเงินสงเคราะห์ศพทุกคน
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร / สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ศพทุกคน
- ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (ออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ) และออกให้ไม่เกิน 30 วัน
- เงินค่าสมัคร 100 บาท ,ค่าบำรุงรายปี 100 บาท ,เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 500 บาท **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 700 บาท**
 ทั้งนี้ ให้สอดคล้องกับข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ (ตามประกาศของสมาคมฯ)

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์
จำกัด เลขทะเบียน.....เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ครูสัมพันธ์จังหวัด
สุรินทร์ จำกัด สุรินทร์ เลขทะเบียน..... ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้ราย
เดือนของข้าพเจ้าไปหักเงินเดือนของข้าพเจ้าเป็นค่าสงเคราะห์ศพและอื่นๆของนาย / นางนาม
สกุล..... ซึ่งเป็นคู่สมรสของข้าพเจ้าให้แก่สมาคมตลอดไป

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้เป็นคู่สมรส
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครเป็น ()สามี ()ภรรยา ของ นาย/นาง.....
นามสกุล.....เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ครูสัมพันธ์
จังหวัดสุรินทร์ จำกัด สุรินทร์ จริงและผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้องตามข้อบังคับทุกประการ

(ลงชื่อ).....สมาชิก สค.สร.
(.....)

(ลงชื่อ).....สมาชิก สค.สร.
(.....)



สผ.กสร. 1/1

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว สก.สว.

เขียนที่ สำนักงาน สก.สว.

วันที่เดือนพ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาวสมาชิก สก.สว.เลขที่
เลขที่บัตรประชาชน สถานที่ทำงานอำเภอ
จังหวัด ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน
ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ตามระเบียบข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ จำกัด ว่าด้วยพัฒนากิจสงเคราะห์เพื่อสงเคราะห์ซึ่งกันและกัน ในการจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวของสมาชิกที่ถึงแก่กรรม โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ครอบครัว จำนวน ราย ดังนี้

1.เกี่ยวข้องกับ ของข้าพเจ้า
2.เกี่ยวข้องกับ ของข้าพเจ้า
3.เกี่ยวข้องกับ ของข้าพเจ้า
4.เกี่ยวข้องกับ ของข้าพเจ้า
5.เกี่ยวข้องกับ ของข้าพเจ้า
6.เกี่ยวข้องกับ ของข้าพเจ้า

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)