ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

สำหรับเจ้าหน้าที่
หมายเลขสมาชิก .....
อนุมัติเป็นสมาชิกเมื่อ .....
สมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อ .....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. ..... ○ สมาชิก ○ คู่สมรสสมาชิก ○ บุตรสมาชิก ○ บิดา มารดาสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด เลขทะเบียนที่ ..... สัญชาติ ..... เชื้อชาติ ..... ศาสนา ..... อายุ ..... ปี เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... สถานะ ○ โสด ○ สมรส ○ หม้าย ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน ..... ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์บ้าน ..... มือถือ ..... อาชีพ ..... เงินเดือน ..... ตำแหน่ง ..... ภาควิชา/กอง/หน่วยงาน ..... คณะ/ศูนย์/สถาบัน ..... มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับของสมาคมนี้แล้ว มีความเต็มใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และคำสั่งนั้นๆ ทั้งที่ออกมาก่อนหรือหลังการสมัคร หรือมีการแก้ไขประการใดๆ ถ้าหากข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และคำสั่งดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดแต่เพียงผู้เดียว โดยไม่โต้แย้งต่อสมาคมแต่อย่างใดโดยสิ้นเชิง

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาระบุผู้จัดการศพและหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ และให้ถือว่าเป็นหนังสือแสดงเจตนาของข้าพเจ้าด้วย เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอให้สมาคมจ่ายเงินค่าจัดการศพและหรือเงินสงเคราะห์ที่มีสิทธิ์ได้รับทั้งสิ้นดังต่อไปนี้

๑. ค่าจัดการศพขอมอบให้ผู้จัดการศพ ดังนี้ (เป็นเงิน ๓๐% ของเงินสงเคราะห์ที่เรียกเก็บได้)

๑.๑ ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

๑.๒ ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

๑.๓ ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

๒. หักค่าใช้จ่ายของสมาคมไม่เกินร้อยละ ๖ ของเงินสงเคราะห์ที่เรียกเก็บได้

๓. เงินสงเคราะห์ส่วนที่เหลือหลังจากหักค่าจัดการศพ และค่าใช้จ่ายของสมาคม ขอมอบให้สหกรณ์ฯ ตามจำนวนที่ข้าพเจ้ายังมีหนี้สินค้างชำระทั้งสิ้น กรณีไม่มีหนี้สินกับสหกรณ์หรือหักหนี้สินแล้วคงเหลือเงินสงเคราะห์ ขอมอบเงินสงเคราะห์ส่วนที่เหลือนี้ให้บุคคล ดังนี้

○ ตามลำดับ ○ ให้คนละเท่าๆ กัน ○ ตามส่วน (ให้ระบุสัดส่วนรวมแล้วต้องเท่ากับ ๑๐๐%)

๓.๑ ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์

๓.๒ ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์

๓.๓ ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์

๓.๔ ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์

๓.๕ ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์

๓.๖ ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์

๓.๗ ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์

๓.๘ ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล ผู้ยินยอมให้หักเงิน) ..... สมาชิกสหกรณ์เลขทะเบียนที่ ..... เกี่ยวข้องเป็น ○ ผู้สมัคร ○ คู่สมรสของผู้สมัคร ○ บิดา มารดาของผู้สมัคร ○ บุตรของผู้สมัคร ยินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสมาคมฯ โปรดหักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเป็นค่าบำรุง ค่าสงเคราะห์ศพให้แก่สมาคม และถ้าข้าพเจ้ามีหนี้สินต่อสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมหักเงินสงเคราะห์ศพเพื่อชำระหนี้พร้อมดอกเบี้ยให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด ให้เสร็จสิ้นเสียก่อนแล้วจึงจ่ายเงินที่เหลือให้แก่บุคคลที่ระบุไว้ต่อไป

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมให้หัก

(.....)

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นที่เข้าใจดีแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

(ลงชื่อ) ..... ผู้สมัครและแสดงเจตนา

(.....)

*** <u>สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด (สส.ม.อ.) รับรองผู้สมัคร</u> ***

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็น ○ สมาชิก ○ คู่สมรสสมาชิก ○ บุตรสมาชิก ○ บิดา มารดา สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด จริงและมีคุณสมบัติถูกต้องตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออม.ทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด ทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... สมาชิก สส.มอ. เลขที่ ..... (ลงชื่อ) ..... สมาชิก สส.มอ.เลขที่ .....

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

****

หลักฐานประกอบการสมัคร

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน

๒. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงจากสถานพยาบาลของรัฐ

๓. สำเนาหนังสือจดทะเบียนสมรส (เฉพาะผู้สมัครที่เป็นคู่สมรสของสมาชิก)

๔. สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรที่เป็นสมาชิกสอ.มอ. (เฉพาะผู้สมัครที่เป็นบิดาและมารดาของสมาชิก)

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ

(๒) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

(๓) มีความประพฤติดี และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ

(๔) มีทะเบียนบ้านถูกต้องตามกฎหมาย

(๕) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ

(๖) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง หรือเป็นโรคเรื้อรังจนรักษาไม่หาย

(๗) ก. เป็นสมาชิกสหกรณ์ หรือเจ้าหน้าที่ของสมาคม ซึ่งมีอายุและเงื่อนไขการรับสมัครสมาชิกตามที่คณะกรรมการสมาคมกำหนดไว้ในประกาศของสมาคม หรือ

ข. เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการดำเนินการ หรือกรรมการดำเนินการสหกรณ์ หรือเจ้าหน้าที่สหกรณ์ หรือ

ค. เป็นคู่สมรสของสมาชิก ซึ่งมีอายุไม่เกิน ๔๕ ปีบริบูรณ์ หรือ

ง. เป็นบุตรที่ถูกต้องตามกฎหมายของสมาชิก ซึ่งมีอายุไม่เกิน ๓๐ ปีบริบูรณ์ หรือ

จ. เป็นบิดาและมารดาของสมาชิก ซึ่งมีอายุไม่เกิน ๕๕ ปีบริบูรณ์

ชำระเงินในการสมัครเป็นสมาชิก โดยสมาคมใช้วิธีหักจากเงินเดือน ณ ที่จ่าย กับสมาชิกสหกรณ์ และออกใบเสร็จรับเงินไว้เป็นหลักฐาน

เงินค่าสมัคร	๕๐ บาท
เงินบำรุงรายปี ปีละ	๒๐ บาท
เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	๔๐๐ บาท

สมาชิกมีหน้าที่ต้องปฏิบัติดังนี้

(๑) ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่ง ของสมาคมและมติคณะกรรมการ

(๒) ต้องชำระเงินสงเคราะห์เมื่อสมาชิกของสมาคมคนใดคนหนึ่งถึงแก่ความตาย สมาชิกทุกคนมีหน้าที่ต้องออกเงินสงเคราะห์เพื่อเป็นค่าจัดการศพ และสงเคราะห์ครอบครัวให้แก่ครอบครัวของสมาชิกที่ตายนั้น **รายละ ๒๐ บาท** โดยสมาคมใช้วิธีหักจากเงินเดือน ณ ที่จ่าย กับสมาชิกสหกรณ์ และออกใบเสร็จรับเงินไว้เป็นหลักฐาน

(๓) เก็บรักษาหนังสือสำคัญแสดงการเป็นสมาชิกของสมาคมไว้ ถ้าหายต้องรีบแจ้งเพื่อขอใบแทนใหม่จากสมาคม

(๔) การย้ายที่อยู่ เปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนนามสกุล แก้ไขวัน เดือน ปี เกิดของสมาชิก ให้ยื่นคำร้องต่อสมาคม ภายใน ๑๕ วันนับแต่วันย้ายเปลี่ยนหรือแก้ไข เพื่อสมาคมจะได้แก้ไขหลักฐานต่างๆ ในทะเบียนให้ถูกต้อง

(๕) แจ้งความประสงค์เป็นหนังสือเมื่อต้องการเปลี่ยนตัวบุคคลตามที่แสดงความจำนงไว้ในใบสมัคร

ใบรับรองแพทย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....หมายเลขบัตรประชาชน □□□□□□□□□□□□□

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

โทรศัพท์ / มือถือ.....ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว □ ไม่มี □ มี (ระบุ).....

๒. อุบัติเหตุและผ่าตัด □ ไม่มี □ มี (ระบุ).....

๓. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล □ ไม่มี □ มี (ระบุ).....

๔. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ.....(ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้)

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชื่อ.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์ / มือถือ.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก. ความสูง.....ซม. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง / นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ □ ปกติ □ ผิดปกติ (ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

๑. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

๒. วัณโรคในระยะอันตราย

๓. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

๔. โรคอื่นๆ.....

.....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

□ เห็นสมควรสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจและออกใบรับรองแพทย์

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นสถานพยาบาลของรัฐ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด และคำรับรองนี้เป็นการวินิจฉัยเบื้องต้น

(๔) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย