



สำหรับเจ้าหน้าที่

รอบที่ ..... / .....

เลขมาปนกิจ .....

## ใบสมัครสมาชิกสามัญ

## สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร (สสอท.)

เขียนที่ ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศเต็ม ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

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

(1) เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ ..... จำกัด เลขทะเบียน.....และเป็น

 ข้าราชการ  พนักงานราชการ  ลูกจ้างประจำ  อื่นๆ ระบุ .....

(2) สถานภาพ

 โสด  สมรส คู่สมรส ชื่อ.....  หย่า  หม้าย

(3) สถานที่อยู่ (ที่ติดต่อได้สะดวก)

บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

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

โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail.....

(4) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

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

โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail.....

(5) เบอร์ติดต่อกรณีฉุกเฉิน.....ชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

(6) ข้าพเจ้าได้ชำระเงินให้แก่สมาคม ดังนี้

 เงินค่าสมัคร 100 บาท  เงินค่าบำรุงรายปี 50 บาท  เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า .....บาท

(7) ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการชำระเงินต่างๆให้แก่สมาคมในปีต่อไป ดังนี้

 หักเงินปันผลและ/หรือเงินเฉลี่ยคืน  จ่ายเป็นเงินสด  ขอกู้เงินกับสหกรณ์ในเดือน.....  อื่นๆ ระบุ.....

(8) ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ ..... เป็นผู้จัดการศพ

โดยให้ได้รับเงินสงเคราะห์เบื้องต้นเพื่อจัดการศพ จำนวน 100,000 บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับฯ ตลอดจนเงื่อนไขการปฏิบัติต่างๆของสมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร (สสอท.) เป็นอย่างดีแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับฯ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อผู้สมัครด้วยความเต็มใจ และมีสติสัมปชัญญะโดยไม่มีผู้ใดข่มขู่หรือกระทำการใดๆ

## โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

## เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
2. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
3. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
4. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง จากโรงพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของรัฐ มีอายุไม่เกิน 30 วัน
5. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้จัดการศพ
6. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารทหารไทยแห่งชาติ จำกัด (มหาชน) เท่านั้น

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิก สอ. ....จำกัด

เลขทะเบียน สอ. ....

**สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน**

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกสามัญ สสอท. พร้อมกันนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนทั้ง 8 ข้อ พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมกานกิสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร รวมทั้งประกาศ สสอท. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสอท. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ .....

(.....)

**ผู้รับสมัคร**

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....

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

**สำหรับกรรมการ สสอท.**

**อนุมัติ** รับเข้าเป็นสมาชิก สสอท. ตั้งแต่วันที่ .....

(คราวประชุม เมื่อวันที่ .....

**ไม่อนุมัติ** เนื่องจาก.....

.....

ลงชื่อ .....

(.....)

**กรรมการ สสอท.**

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



**หนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์สมาชิกสามัญ**  
**สมาคมปกป้องผู้บริโภคสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร (สสอท.)**

เขียนที่ ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....  
 วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศเต็ม .....นามสกุล..... อายุ ..... ปี  
 เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ .....  
 เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ .....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน .....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
 รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ .....

ปัจจุบันทำงานประจำในตำแหน่ง ..... สถานที่ทำงาน .....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
 รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... ต่อ .....

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสอท. พึ่งจ่าย โดยจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

1. .... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
2. .... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
3. .... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
4. .... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
5. .... เลขประจำตัวประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ  
 ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อให้คำยินยอมไว้เป็นสำคัญ ในหนังสือนี้



(ลงชื่อ) ..... ผู้ให้คำยินยอม  
 (.....)

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร  
 (.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน  
 (.....)

(ลงชื่อ) ..... กรรมการ สสอท.  
 (.....)

**\*หมายเหตุ** ตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2545 เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว  
 การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมปกป้องผู้บริโภค กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ตามข้อ (2) จะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว  
 ดังนี้ 1. สามี ภรรยา บุตร บิดา มารดา 2. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 3. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน  
 4. ปู่ ย่า ตา ยาย 5. ลุง ป้า น้า อา 6. ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู (มีหนังสือรับรองของทางราชการ)