



เลขที่สมาชิก.....

ใบสมัครสมาชิกร้านสหกรณ์โรงพยาบาลลำปาง จำกัด

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการร้านสหกรณ์โรงพยาบาลลำปาง จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทร.....

ได้รับทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์นี้โดยตลอดแล้ว เห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี (เกิดวันที่.....)

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานราชการ ☐ พนักงานกระทรวง ☐ ลูกจ้างประจำ

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน/ฝ่าย.....

เลขที่รับเงินเดือน.....รายได้เงินเดือนรวม.....บาท

*** (ถ้ามิได้มีอาชีพตามข้อ 2. ให้กรอกข้อความในข้อ 3.)

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามีอาชีพ.....ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัว.....

ที่อยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้อ 4. ข้าพเจ้าขอถือหุ้นของสหกรณ์ซึ่งมีมูลค่าหุ้นละ.....บาท เป็นจำนวน.....หุ้น โดย

1.)ขอให้สหกรณ์ออกหุ้นให้จำนวน.....หุ้น รวมเป็นเงิน.....บาท

2.)รับโอนหุ้นจาก.....สมาชิกเลขที่.....จำนวน.....หุ้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้าจะส่งเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับ

ข้อ 6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะลงลายมือในทะเบียนสมาชิกหรือในบัตรตัวอย่างลายมือชื่อสมาชิกพร้อมทั้ง

ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า 20 บาท และค่าหุ้นเต็มค่า ในวันสมัครเข้าเป็นสมาชิก

ข้อ 7. ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงิน ณ ที่จ่ายเพื่อส่งใช้ต่อสหกรณ์

ข้อ 8. เมื่อข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับของสหกรณ์ทุกประการและจะพยายามส่งเสริมความก้าวหน้าของร้านสหกรณ์ต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน

หนังสือแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกร้านสหกรณ์โรงพยาบาลลำปาง เลขทะเบียนสมาชิกที่.....ขอแต่งตั้งบุคคลผู้มิชานาม ต่อไปนี้เป็นผู้รับผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากร้านสหกรณ์โรงพยาบาลลำปาง จำกัด เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมตามส่วนที่ได้ระบุไว้ ดังต่อไปนี้

1.ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
ที่อยู่ของผู้รับผลประโยชน์.....
ความเกี่ยวข้องเป็น.....ส่วนแบ่งของผลประโยชน์คิดเป็นร้อยละ.....

2.ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
ที่อยู่ของผู้รับผลประโยชน์.....
ความเกี่ยวข้องเป็น.....ส่วนแบ่งของผลประโยชน์คิดเป็นร้อยละ.....

3.ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
ที่อยู่ของผู้รับผลประโยชน์.....
ความเกี่ยวข้องเป็น.....ส่วนแบ่งของผลประโยชน์คิดเป็นร้อยละ.....

4.ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
ที่อยู่ของผู้รับผลประโยชน์.....
ความเกี่ยวข้องเป็น.....ส่วนแบ่งของผลประโยชน์คิดเป็นร้อยละ.....

5.ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
ที่อยู่ของผู้รับผลประโยชน์.....
ความเกี่ยวข้องเป็น.....ส่วนแบ่งของผลประโยชน์คิดเป็นร้อยละ.....

5.ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
ที่อยู่ของผู้รับผลประโยชน์.....
ความเกี่ยวข้องเป็น.....ส่วนแบ่งของผลประโยชน์คิดเป็นร้อยละ.....

6.ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
ที่อยู่ของผู้รับผลประโยชน์.....
ความเกี่ยวข้องเป็น.....ส่วนแบ่งของผลประโยชน์คิดเป็นร้อยละ.....

หมายเหตุ :

1. ถ้าผู้รับผลประโยชน์คนใดถึงแก่กรรม ให้นำส่วนแบ่งผลประโยชน์ของบุคคลนั้นจัดสรรให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ที่ยังคงมีชีวิตอยู่ตามสัดส่วนของผลประโยชน์ที่แต่ละคนจะได้รับ
2. เมื่อข้าพเจ้าได้สิ้นชีวิตลง การจ่ายเงินซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้นนี้ถือว่าการชำระเงินส่วนของข้าพเจ้าในสหกรณ์ฯ โดยสมบูรณ์

ลายมือชื่อของ

สมาชิก.....(ลงชื่อ)

วันที่.....

ลงนามชื่อ.....(พยาน)

วันที่.....

ลงนามชื่อ.....(พยาน)

วันที่.....