

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ
 (เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2560 เป็นต้นไป)
 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อม
 รับรองสำเนา
 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสทท. พร้อมรับรองสำเนา
 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
 (ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.)



ใบสมัครสมาชิก
กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

เลขทะเบียนสมาชิก กสธท.

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

- เลขทะเบียนสมาชิก สสทท. ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด สมัครตรง กสธท.
 เป็นสมาชิกสามัญ สสทท. เป็นเจ้าหน้าที่ กสธท. เป็นเจ้าหน้าที่/คณะกรรมการ ชสอ.
 เป็นสมาชิกสมทบ สสทท. () คู่สมรส () บุตร

2. สถานที่ติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

4. การชำระเงินค่าสมัครและเบี้ยประกัน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรกเริ่มสมัคร เป็นเงิน.....บาท (ค่าสมัคร 100 บาท และเบี้ยประกัน.....บาท)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสธท. ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่ กสธท. หรือศูนย์ประสานงาน กสธท.

นำชำระเอง / โอนชำระแบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขที่บัญชี 108-6-09065-9 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท (รหัสหน่วยงาน/ Company code : 92778)

ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสทท.

6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุน กททท. ให้เจริญรุ่งเรืองยิ่งขึ้นไป

7. ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็งทุกชนิดทุกระยะ เป็นต้น) ณ วันสมัคร ตามข้อบังคับ 9(2) หากข้าพเจ้ารู้แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กสธท. ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ กสธท. ตามข้อบังคับ 14(1) (3) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว
เป็นสมาชิก สสทท. ทะเบียนเลขที่.....จริง
.....
(.....)
เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธท.

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
 (.....)

ลงชื่อ.....กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด
 (.....)

ความเห็นของกรรมการกองทุนฯ พิจารณารับเป็นสมาชิก () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

อาศัยข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย พ.ศ. 2560 ข้อ 43 ตามมติที่ประชุมครั้งที่.....วันที่.....

ลงชื่อ.....ประธานกองทุนฯ / หรือผู้ได้รับมอบหมาย
 (.....)

