



สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภูธรจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

THE SAVINGS AND CREDIT CO-OPERATIVE OF UBONRATCHATANI PROVINCIAL POLICE LIMITED

อาคารสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภูธรจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด ถนนสรรพสิทธิ์ ต.ในเมือง

อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทร. 045 - 255944 โทรสาร. 045 - 255944

ใบสมัครเป็นสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภูธรจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

เขียนที่.....

วันที่เดือน..... พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการ สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภูธรจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

ข้าพเจ้า (ยศ ชื่อ สกุล)อยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้วและเห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ ในฐานะเป็นผู้เข้าชื่อขอจดทะเบียนสหกรณ์และขอใช้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ ปี เกิดวันที่เดือน..... พ.ศ.....

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็นข้าราชการตำรวจตำแหน่ง.....

สังกัด.....จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับเงินรายได้รายเดือนและเงินเพิ่มที่จ่ายรวมกับเงินเดือน จำนวน..... บาท

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อื่นๆ ไม่ว่ามีความรับผิดชอบชนิดจำกัดหรือไม่จำกัด

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าเป็นสมาชิกในชั้นนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตรา.....บาท (อัตราร้อยละ 5 ของเงินได้รายเดือน)

ข้อ 5. ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมดที่ข้าพเจ้ามีอยู่ดังต่อไปนี้ (แสดงข้อความแต่ละรายการคือ ชื่อและสำนักของเจ้าหนี้จำนวนหนี้สินตั้งแต่แรก อัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อปี หลักประกันที่ให้ไว้จำนวนเงินต้นหรือเงินดอกเบี้ยค้างชำระและเป็นหนี้สินเพื่อการให้ครบทุกรายการ)

1.....

2.....

3.....

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินสหกรณ์ เพื่อชำระหนี้สิน ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่แล้วดังกล่าวในข้อ 5 นั้น เป็นจำนวนเงิน.....บาท

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้มอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักเงินค่าหุ้นรายเดือนและจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้ามีต่อสหกรณ์นั้น จากเงินรายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่ายเพื่อส่งต่อสหกรณ์ฯ ด้วย

ข้อ 8. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าประธานกรรมการและคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้และเมื่อได้จดทะเบียนสหกรณ์แล้ว ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นรายเดือนแรกต่อสหกรณ์นี้ให้เสร็จภายในซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้นำกำหนดการชำระหนี้จำนวนเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 7 ด้วย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้สมัคร

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....จังหวัดอุบลราชธานี ขอรับรองตามความรู้เดิมของข้าพเจ้าและตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัคร ได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ ที่ตั้งขึ้นได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

หมายเหตุ - แบบสำเนาบัตรข้าราชการตำรวจ และสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ 1 ชุด
- ผู้สมัครที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จะต้องแนบใบรับรองแพทย์ จากสถานพยาบาลของรัฐโดยแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งออกให้เท่านั้น (อายุไม่เกิน 30 วันนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย) และผลการตรวจต้องไม่ปรากฏว่าเป็นโรคดังต่อไปนี้

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. โรคหัวใจระยะรุนแรง | 4. โรควัณโรคในระยะรุนแรง (TB) |
| 2. โรคมะเร็ง | 5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) |
| 3. โรคเบาหวานระยะรุนแรง | |

(เพื่อรับสิทธิ์ตามระเบียบฯ ว่าด้วย การให้สวัสดิการแก่ทายาทสมาชิกที่ถึงแก่กรรมของสหกรณ์ฯ)