

ข้อ 7. ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิกและสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการมีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรกต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันซึ่งคณะกรรมการดำเนินการได้กำหนดการชำระเงินจำนวนดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ

ข้อ 8. ถ้าข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงในเรื่อง ชื่อ สัญชาติ และที่อยู่ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้สหกรณ์ทราบภายใน 15 วัน

ข้าพเจ้า ยอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองของสมาชิก

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า
โดยเป็น บิดามารดา คู่สมรส บุตร

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้รับรอง
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกระบี่ จำกัด

คณะกรรมการมีมติอนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ
ชุดที่ ในการประชุมครั้งที่..... วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
(.....)



หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่สมาชิก.....

ตำแหน่ง.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

หน่วยงาน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (บ้าน).....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับประโยชน์อันพึงเกิดขึ้นในระหว่างที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก หรือสมาชิกสมทบ หรือการเข้าร่วมการประกันชีวิตสมทบ สำหรับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกระบี่ จำกัด ได้แก่ เงินทุนเรือนหุ้นสะสม เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน เงินฝากในบัญชี รวมทั้งสิทธิและประโยชน์อื่น ๆ เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม เช่นเงินสินไหมการประกันชีวิต เงินสวัสดิการ และเงินหรือประโยชน์อื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอตั้งผู้รับโอนประโยชน์โดยหนังสือฉบับนี้ และให้ยกเลิกหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับก่อนหน้า (ถ้ามี) ในการยกเลิกหนังสือฉบับก่อนหน้านี้อาจมีผลตั้งแต่วันที่หนังสือฉบับนี้ถึงลายมือชื่อข้าพเจ้าและเจ้าหน้าที่สหกรณ์ ผู้มีอำนาจเท่านั้น ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายประโยชน์อันพึงได้รับของข้าพเจ้า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ทั้งนี้ให้หักหนี้ที่มีต่อสหกรณ์ก่อนแล้ว จึงให้แก่บุคคลดังมีรายชื่อต่อไปนี้ ตามลำดับ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	ที่อยู่ผู้รับโอนประโยชน์ (โดยละเอียด)
1		<input type="checkbox"/> บิดา/มารดา <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ	ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
2		<input type="checkbox"/> บิดา/มารดา <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ	ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
3		<input type="checkbox"/> บิดา/มารดา <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ	ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
4		<input type="checkbox"/> บิดา/มารดา <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ	ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าในการกำหนดตั้งผู้รับโอนประโยชน์ของข้าพเจ้ากระทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้แสดงเจตนา

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

เงื่อนไขการตั้งผู้รับโอนประโยชน์

- ผู้รับโอนประโยชน์ต้องมีความเกี่ยวข้องกับสมาชิกดังต่อไปนี้ คือมีความเกี่ยวพันเป็นพ่อหรือ แม่ หรือคู่สมรส หรือบุตร หรือญาติ ของสมาชิก
- ผู้รับโอนประโยชน์สามารถระบุได้ตั้งแต่ 1 คน หรือหลายคนก็ได้ กรณีที่ระบุหลายคน สหกรณ์จะแบ่งผลประโยชน์ที่จะได้รับให้คนละเท่าๆกัน