



เลขที่รับ.....

ว.ค.ป.ที่รับ.....

กลุ่ม 1

เลขทะเบียนสมาคม.....

ใบสมัคร

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด (กลุ่มรส)

เขียนที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

เลขประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้า.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี อาชีพ..... ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....

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

เบอร์โทรศัพท์..... กลุ่มรสของ..... เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์ฯ.....

หน่วย..... เลขทะเบียนสมาคมฌาปนกิจฯ..... ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า ได้ส่งหลักฐานประกอบการสมัครตามที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด กำหนดคือ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ
4. สำเนาแสดงการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล (ถ้ามี)
5. สำเนาใบสำคัญการสมรส

เมื่อสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้ เกี่ยวข้องเป็น เป็นผู้จัดการศพ

และมอบให้ 1 เกี่ยวข้องเป็น

2 เกี่ยวข้องเป็น

3..... เกี่ยวข้องเป็น เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้า

เมื่อสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด คนใดคนหนึ่งถึงแก่ความตาย ขอให้เรียกเก็บเงินสงเคราะห์ที่ข้าพเจ้าต้องชำระต่อสมาคม จากเงินเดือนหรือเงินบำนาญ ของข้าพเจ้าหรือจาก ณ ที่จ่ายเงินเดือนหรือเงินบำนาญของ นาย/นาง กลุ่มรสของข้าพเจ้า ณ หน่วยงานต้นสังกัด..... จังหวัดกาญจนบุรี หรือ..... (ระบุบุคคลที่มอบให้จ่ายเงินทดแทนตนเองพร้อมแจ้งที่อยู่ด้วย) ที่อยู่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ก่อนวันที่ยื่นใบสมัคร ข้าพเจ้าไม่มีประวัติทางการแพทย์ในการตรวจพบโรคมะเร็ง และ/หรือโรคติดต่อร้ายแรง จากสถานพยาบาลใดๆ มาก่อน หากตรวจพบคำรับรองของข้าพเจ้าข้างต้น ไม่เป็นความจริง ให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด สงวนสิทธิ์ในการจ่ายเงินสงเคราะห์ให้กับผู้รับเงินสงเคราะห์ตามที่ข้าพเจ้าระบุไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อบังคับฯ/ระเบียบฯ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด (www.ktscc.org) โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลจากฐานข้อมูลของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด ที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลพ.ศ.2562

กรณีมีจำนวนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ ซึ่งจำนวนเงินไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายเงินสงเคราะห์ หรือค่าธรรมเนียมการโอนเงินผ่านธนาคาร ข้าพเจ้ามีความประสงค์ บริจาคเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้แก่สมาคม

ขอรับเงินคืน (ณ สมาคม)

ลงชื่อ ผู้สมัคร

ลงชื่อ กลุ่มรส/ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(.....)

หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฉนวนกึ่งสังเคราะห์
สมาชิกรุ่นออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสมาคมฉนวนกึ่งสังเคราะห์สมาชิกรุ่น
ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
และ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสมาคมฉนวนกึ่งสังเคราะห์สมาชิกรุ่น
ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่า ผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฉนวนกึ่งสังเคราะห์สมาชิกรุ่นออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี
จำกัด ทุกประการ

ลงชื่อ ผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับรอง
(.....)

มติคณะกรรมการ

คณะกรรมการมีมติให้รับเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฉนวนกึ่งสังเคราะห์สมาชิกรุ่นออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด ได้
ในคราวประชุมชุดที่.....ครั้งที่.....ลงวันที่.....
และได้เลขประจำตัวสมาชิกเลขที่.....