

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบสมัคร

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
4. สำเนาบัตร ปชช. และสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสวัสดิการ



เลขประจำตัวสมาชิก

ใบสมัครสมาชิก

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 3

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. เป็นสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 1 เลขที่.....

2. สถานติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 3

4. การชำระค่าสมัครและเบี้ยประกัน ดังนี้

4.1 การชำระค่าสมัครครั้งแรก

() ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท

() เงินค่าเบี้ยประกันชีวิต.....บาท

รวมเงินที่ชำระครั้งนี้ เป็นเงิน.....บาท(.....)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

() ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน(สหกรณ์ต้นสังกัด)

() ชำระเงินเข้าบัญชีกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน เลขที่บัญชี.....

() ชำระจากการหักเงินปันผล เติบโตขึ้น จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนสาธารณสุขภาคอีสานแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุนทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้วนที่ 3 และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับและระเบียบกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ประกาศ เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษแล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

เสนอ

- () เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้วนที่ 3
- () ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

คำสั่ง

- () อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้วนที่ 3
- () ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ลานที่ 3

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ลานที่ 3 เลขทะเบียนที่.....สถานติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

1. สถานภาพ

() โสด () สมรส คู่สมรสชื่อ..... () หย่าหรือหม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน จ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ () ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว () ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

() อื่นๆ(ระบุ).....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ กองทุนฯ

(.....)



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสวัสดิการ

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ลานที่ 3

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัว
ประชาชนเลขที่..... ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

พร้อมผู้ลงนามยินยอมและมอบอำนาจทำหนังสือนี้ ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์.....
เป็นผู้รับเงินกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน แทนข้าพเจ้า เพื่อนำเงินดังกล่าวไปชำระหนี้ของ.....
ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนแล้วเสร็จ และดำเนินการประสานงาน
กับกองทุนสาธารณสุขภาคอีสานแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบ
อำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ)..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตรประชาชนเลขที่.....

บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(ลงชื่อ)

ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตรประชาชนเลขที่.....

บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับ
มอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ)..... พยาน (ผู้สมัคร) (ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(.....)



หนังสือรับทราบ การได้รับสิทธิและความคุ้มครองของสมาคมหรือกองทุน

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี ได้ชำระค่าสมัครสมาคมหรือ
กองทุน.....จำนวน.....บาทเรียบร้อยแล้ว และยินยอมให้
ทางศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำกัด สมัครสมาชิก
ในระบบสมาคมหรือกองทุน ในวันที่.....

ข้าพเจ้ารับทราบว่าอยู่ในช่วงระยะเวลารอคอย ข้าพเจ้าจะได้รับสิทธิและความคุ้มครองต่อเมื่อทาง
สมาคมหรือกองทุนอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

...../...../.....