



รูป  
สมาชิกสามัญ

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญ

รับที่.....  
วันที่.....  
ผู้รับ.....เวลา.....น.

เลขทะเบียนสมาชิก.....

วันที่.....  
เขียนที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....

(ชื่อ - นามสกุล ภาษาอังกฤษ) .....

หมายเลขบัตรประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่บ้าน) ..... เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail : .....

เห็นชอบในวัตถุประสงค์ ข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด จึงขอสมัคร  
เข้าเป็นสมาชิก และขอให้ถ้อยคำต่อสหกรณ์ฯ ดังนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี เกิดเมื่อวันที่ .....

สถานภาพ  โสด  สมรส (ชื่อ-นามสกุล).....

หย่า  หม้าย

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น  ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ

พนักงานมหาวิทยาลัย  ข้าราชการในสถาบันอุดมศึกษา

ปัจจุบันสังกัด  โรงพยาบาล .....  สำนักงานแพทย์

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง  แพทย์  พยาบาล  บริหารทั่วไป  ลูกจ้าง

ภาควิชา/ฝ่าย/กลุ่มงาน/หน่วยงาน/อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

ได้รับการบรรจุเมื่อวันที่ ..... อัตราเงินเดือน..... บาท

เลขที่รับเงินเดือน ..... เลขบัญชีธนาคารกรุงไทยที่เงินเดือนโอนเข้า.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ .....

ข้อ 3. ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืม

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอส่งเงินค่าหุ้นเป็นรายเดือนตามเกณฑ์  
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ของเงินได้รายเดือน ส่วนขั้นสูงไม่เกินร้อยละ 20 ของเงินได้รายเดือน ต่อสหกรณ์เป็นจำนวน  
เงินเดือนละ ..... บาท (.....)

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอม ให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ที่จ่ายเงินได้รายเดือน  
ของข้าพเจ้าหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือน และจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้  
รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

**ข้อ 6.** ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก พร้อมทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันซึ่งคณะกรรมการดำเนินการกำหนด รวมทั้งเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์กับสหกรณ์ เพื่อใช้ทำธุรกรรมระหว่างสหกรณ์กับข้าพเจ้า

**ข้อ 7.** ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ฯทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร      เลขทะเบียนสมาชิก <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(.....)

**หมายเหตุ** สมาชิกสามารถเข้าสู่ข้อมูลของตนเองบนเว็บไซต์สหกรณ์ได้โดยใช้เลขสมาชิก 6 หลัก และรหัสผ่านคือหมายเลขบัตรประชาชน กลุ่มที่ 3 (มี 5 หลัก)

**ข้อควรทราบ**

ข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ ท่านใด สังกัดคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณ ๗ และสังกัดสำนักงานการแพทย์ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ จะต้องผ่านการตรวจสอบ และลงลายมือชื่อรับรองจากกรรมการ หรือตัวแทนที่ท่านสังกัดอยู่เสียก่อนทุกครั้ง

<b>หลักฐานใบสมัครประกอบด้วย</b>	(1) สำเนาสลิปเงินเดือน จำนวน 1 ชุด (เดือนล่าสุด)
	(2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 3 ชุด
	(3) สำเนาคำสั่งบรรจุ จำนวน 1 ชุด (ยกเว้นสังกัดสำนักงานการแพทย์)
	(4) สำเนาบัตรข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ จำนวน 1 ชุด
	(5) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
	(6) สำเนาทะเบียนสมรส จำนวน 1 ชุด (ถ้ามี)
	(7) รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
	(8) สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำนวน 1 ชุด
<b>หมายเหตุ :</b> กรุณารับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อยทุกฉบับ	



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
แบบฟอร์มข้อมูลสมาชิกใหม่

**คำชี้แจง :** กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ตามความเป็นจริง

**1. ประวัติส่วนตัว**

ชื่อ (น.ส./นาง/นาย).....วัน เดือน ปี เกิด.....  
เลขที่บัตรประชาชน              
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ในกรณีติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ ให้ติดต่อ ชื่อ - นามสกุล .....  
ความสัมพันธ์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....

**2. ประวัติครอบครัว**

**2.1 บิดา ชื่อ-นามสกุล**

ชื่อ (นาย)..... โทรศัพท์มือถือ .....

**2.2 มารดา ชื่อ-นามสกุล**

ชื่อ (น.ส./นาง)..... โทรศัพท์มือถือ .....

**2.3 คู่สมรส ชื่อ-นามสกุล**

ชื่อ (น.ส./นาง/นาย)..... โทรศัพท์มือถือ .....

ที่อยู่ปัจจุบันของคู่สมรส

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดในใบแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....  
(.....)



คำรับรองของผู้บังคับบัญชาในตำแหน่งไม่ต่ำกว่าหัวหน้างานหรือเทียบเท่า  
(ถ้าผู้สมัครเป็นข้าราชการในตำแหน่งตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปไม่ต้องรับรอง)

และ

หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล\*  
ของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

เขียนที่ .....

วันที่ .....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

หมายเลขบัตรประชาชน.....หมายเลขทะเบียนสมาชิก.....

ตำแหน่ง.....(ฝ่าย,กลุ่มงาน,ภาควิชา).....

สังกัด.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-MAIL.....

ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้ **เป็นความจริงทุกประการ** ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ได้

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ดำเนินการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ไว้ในครอบครอง เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด อาทิเช่น การพิจารณาอนุมัติการให้บริการข้อมูล, การจัดทำรายงานสรุป, การประมวลผลสถิติ, การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ และ/หรือ หน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งใช้เพื่อการจัดทำข้อมูลสถิติสำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เป็นต้น

ข้าพเจ้าถือว่าคู่มือ และบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ โทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ภาพถ่ายหรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

.....  
(.....)

ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/ผู้ให้ความยินยอม

.....  
(.....)

สมาชิก/พยาน

หมายเหตุ

\* เพื่อให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ทะเบียนสมาชิก

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
สมาชิกเลขทะเบียนที่.....รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ  
ดำเนินการ ในการประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....  
ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า เงินค่าหุ้นรายเดือน เงินรับฝาก และอื่น ๆ  
ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของ  
สหกรณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ณ วันที่.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....