

ที่ สอส.นภ.๔๓ /๒๕๕๔



สทออสแห่งประเทศไทย
๑๕๓ ม.๑ ถนนพระวอพระตา
จังหวัดหนองบัวลำภู ๓๕๐๐๐

๔ เมษายน ๒๕๕๔

เรื่อง ขอเชิญสมัครงานปณิกกิจสงเคราะห์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู / ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู /
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง / สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบประชาสัมพันธ์สมาคมงานปณิกกิจสงเคราะห์ จำนวน ๑ แผ่น
๒. ใบสมัครสมาชิก (สสท.) จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยสมาคมงานปณิกกิจสงเคราะห์สมาชิกสทออสแห่งประเทศไทย ได้
ประชาสัมพันธ์เชิญชวนสมาชิกสทออสแห่งประเทศไทยและ โรงพยาบาลทั่วประเทศที่
สทออสเป็นสมาชิกชุมนุมสทออสแห่งประเทศไทย สมัครเป็นสมาชิกสมาคมงานปณิก
กิจสงเคราะห์สมาชิกสทออสแห่งประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสงเคราะห์ซึ่งกันและ
กันในการจัดการศพและช่วยเหลือครอบครัวสมาชิก อีกทั้งเพื่อเป็นการสร้างหลักประกันแบ่งเบ
ภาระผู้ค้าประกัน

ดังนั้น สทออสแห่งประเทศไทยจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด จึงขอเชิญชวน
สมาชิก (สมาชิกสามัญ) สมัครเป็นสมาชิกในโครงการดังกล่าว โดยยื่นใบสมัครได้ที่สทออส
แห่งประเทศไทยจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด ตั้งแต่วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศรีสวัสดิ์ พรหมแสง)

ประธานกรรมการดำเนินการ

สทออสแห่งประเทศไทยจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด

สทออสแห่งประเทศไทยจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด

โทร ๐๔๒-๓๑๒-๐๔๕-๕๐ คอ ๑๐๑, ๐๔๒-๓๑๑-๐๔๘

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทท.)

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....คู่สมรสชื่อ.....

- (1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....
 อื่นๆ (ระบุ).....

(2) ตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....
สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....
ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

- (4) การชำระเงิน ดังนี้
- ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท
 - ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท
 - เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....บาท
- รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....บาท (.....)

- ชำระเป็นเงินสด ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก
- ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน ชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
สมาชิก สอ.....เลขที่.....