โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ **(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2560 เป็นต้นไป)** ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา ☐ 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธท. พร้อมรับรองสำเนา ☐ 3. **ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน (ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.)**

เลขทะเบียนสมาชิก กสธท. .....

ใบสมัครสมาชิก

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

1. เลขทะเบียนสมาชิก สสธท. ที่..... ☐ สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด ☐ สมัครตรง กสธท.
   ☐ เป็นสมาชิกสามัญ สสธท. ☐ เป็นเจ้าหน้าที่ กสธท. ☐ เป็นเจ้าหน้าที่/คณะกรรมการ ชสอ.
   ☐ เป็นสมาชิกสมทบ สสธท. ( ) คู่สมรส ( ) บุตร
2. สถานติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
3. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)
4. การชำระเงินค่าสมัครและเบี้ยประกัน ดังนี้
   4.1 การชำระเงินครั้งแรกเริ่มสมัคร เป็นเงิน.....บาท (ค่าสมัคร 100 บาท และเบี้ยประกัน.....บาท)
   4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสธท. ดังนี้
   ☐ ชำระเป็นเงินสดที่ กสธท. หรือศูนย์ประสานงาน กสธท.
   ☐ นำชำระเอง / โอนเข้าระบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขที่บัญชี 108-6-09065-9 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท (รหัสหน่วยงาน/Company code : 92778)
   ☐ ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด
5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า **(กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน)** และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธท.
6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุน กสธท. ให้เจริญรุ่งเรืองยิ่งๆ ขึ้นไป
7. **ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ เป็นต้น) ณ วันสมัคร ตามข้อบังคับ 9(2) หากข้าพเจ้ารู้แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กสธท. ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ กสธท. ตามข้อบังคับข้อ 14(1)(3) ได้**

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ได้ตรวจสอบแล้ว
เป็นสมาชิก สสธท. ทะเบียนเลขที่.....จริง ..... ( ) เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธท.

ลงชื่อ.....กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(.....)

ความเห็นของกรรมการกองทุนฯ พิจารณารับเป็นสมาชิก ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ

อาศัยข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย พ.ศ. 2560 ข้อ 43 ตามมติที่ประชุมครั้งที่.....วันที่.....

ลงชื่อ.....ประธานกองทุนฯ / หรือผู้ได้รับมอบหมาย

(.....)