

# ใบลาออกจากเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ร.พ. เลย จำกัด

เขียนที่ สอ. โรงพยาบาลเลย จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอลาออกจากสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเลย จำกัด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเลย จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกที่.....บัตรประจำตัวประชาชน

.....เงินเดือน.....บาท ตำแหน่ง.....สังกัด รพ.เลย

อำเภอเมือง จังหวัดเลย มีความประสงค์ขอลาออกจากการเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ฯ เนื่องจาก (โปรดระบุเหตุผลที่ขอลาออกให้ชัดเจน).....

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาให้การอนุมัติด้วย จักขอบคุณยิ่ง.

ขอแสดงความนับถือ

(.....) สมาชิกที่ขอลาออก

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเจ้าสังกัด

.....

(.....) ผู้บังคับบัญชา

บันทึกของเจ้าหน้าที่สหกรณ์

มีหุ้นอยู่ในสหกรณ์ เมื่อวันที่.....เดือนละ.....บาท มีเงินค่าหุ้น.....บาท

มีหนี้เงินกู้เดิมคงเหลือ พิเศษ, สามัญวันที่..... จำนวน.....บาท

มีหนี้ฐานะค้าประกัน สมาชิกเลขที่..... 1..... จำนวน.....บาท

สมาชิกเลขที่..... 2..... จำนวน.....บาท

สมาชิกเลขที่..... 3..... จำนวน.....บาท

สมาชิกเลขที่..... 4..... จำนวน.....บาท

สมาชิกเลขที่..... 5..... จำนวน.....บาท

สมาชิกเลขที่..... 6..... จำนวน.....บาท

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

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

ข้าพเจ้า.....ได้รับเงินค่าหุ้นดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่...../...../.....

เป็นเงิน จำนวน.....บาท (.....)

.....ผู้รับเงินค่าหุ้น

(.....)

.....พยาน

(.....)



แบบสมาชิก  ลาออกจากราชการ  ย้ายราชการ มีความประสงค์จะเป็นสมาชิกต่อ  
มีความประสงค์ให้สหกรณ์ฯ หักเงินค่าหุ้นและเงินชำระหนี้ จากเงินบำเหน็จหรือเงินบำนาญ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเลข จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....หน่วยงาน.....

ตำแหน่งรับราชการครั้งสุดท้าย.....

ลาออกจากราชการ

ลาออกจากราชการเพื่อไปปฏิบัติงานที่.....

ย้ายราชการ ไปรับราชการที่.....

ตำแหน่ง.....อัตราเงินเดือน.....

\*\*ตั้งแต่วันที่.....ได้รับเงินบำเหน็จ.....บาท หรือเงินบำนาญ.....บาท

ที่ตั้งสำนักงาน.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์ที่จะให้สหกรณ์ดำเนินการ ดังนี้

ข้าพเจ้าจะชำระค่าหุ้นและหนี้เงินกู้ โดยวิธี

1.  ขอส่งค่าหุ้นและหนี้ตามปกติ โดยหักจากบัญชีเงินเดือน

2.  ขอส่งค่าหุ้นและหนี้ โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ บัญชีเลขที่ 403 - 1 - 07044 - 6

ธนาคารกรุงไทย จำกัด สาขาเลข ประเภทออมทรัพย์

3.  ขอนำเงินมาส่งด้วยตนเองไม่เกินวันที่ 7 ของเดือน

4.  ขอส่งค่าหุ้น (เฉพาะกรณีไม่มีหนี้เงินกู้)

5.  อื่น ๆ.....

ปัจจุบัน ณ วันที่.....มีเงินค่าหุ้น จำนวน.....บาท มีหนี้เงินกู้ จำนวน.....บาท

ขอให้สหกรณ์ฯ ดำเนินการตั้งแต่วันที่.....พ.ศ..... เป็นต้นไป โดยข้าพเจ้า

จะปฏิบัติตามระเบียบของสหกรณ์ และเงื่อนไขที่ให้ไว้ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ติดต่อข้าพเจ้าได้ที่บ้าน.....เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

บันทึกสำหรับเจ้าหน้าที่

ข้อมูล ณ วันที่.....

- 1. มีค่าหุ้นอยู่ในสหกรณ์ จำนวน.....บาท (ส่งเงินค่าหุ้น เดือนละ.....บาท)
- 2. มีหนี้เงินกู้สามัญ จำนวน.....บาท (ส่งเงินชำระหนี้ เดือนละ.....บาท)
- 3. มีหนี้เงินกู้ฉุกเฉิน จำนวน.....บาท (ส่งเงินชำระหนี้ เดือนละ.....บาท)
- รวมหนี้เงินกู้สหกรณ์ จำนวน.....บาท (รวมส่งหุ้นและหนี้ เดือนละ.....บาท)

ผู้ค้าประกันเงินกู้ 1..... 2.....  
3..... 4.....

มีหนี้ในฐานะผู้ค้าประกันเงินกู้ 1..... 2.....  
3..... 4.....

.....เจ้าหน้าที่ประจำหน่วย  
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ ผู้ค้าประกัน ได้ลงนามรับทราบเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้ค้าประกัน / เลขทะเบียนที่.....  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ค้าประกัน / เลขทะเบียนที่.....  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ค้าประกัน / เลขทะเบียนที่.....  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ค้าประกัน / เลขทะเบียนที่.....  
(.....)

นำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....แจ้งอายัดเงิน  
บำเหน็จหรือเงินบำนาญ วันที่.....



แบบขอรับทุนสวัสดิการสมาชิก  
สงเคราะห์ศพบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี

ที่สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเลย จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ศพบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเลย จำกัด เลขที่.....ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน..... โทรศัพท์ (มือถือ).....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ศพ (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง).....

โดยเป็น  บิดา หรือ  มารดา  คู่สมรส  หรือ บุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี ของข้าพเจ้าซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลเลย จำกัด ว่าด้วยการใช้สวัสดิการสมาชิกเพื่อการสงเคราะห์ศพบิดา มารดา และบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี พ.ศ. 2547 โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- ( ) สำเนาใบมรณบัตรของผู้ถึงแก่กรรม
- ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงิน
- ( ) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบว่าสิทธิรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ศพบิดา มารดา และบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี ที่ถึงแก่กรรมจำนวน 3,000.- บาท ต่อศพ ขอรับรองว่าบิดา หรือมารดา หรือบุตรที่ถึงแก่กรรมดังกล่าวมิได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ แต่อย่างใด

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

ผู้รับรอง.....หัวหน้าหน่วยงาน ผู้รับรอง.....กรรมการ/ผู้จัดการ  
(.....) (.....)

หน่วยงาน.....

หมายเหตุ การขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ศพบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี ต้องยื่นขอรับเงิน ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ถึงแก่กรรม เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วเป็นอันหมดสิทธิ์