



ประกาศ

สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด

ที่ 15 / 2565

เรื่อง เปลี่ยนแปลงแบบฟอร์มใบลาออกจากเป็นสมาชิกสหกรณ์

ตามมติที่ประชุม คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด ชุดที่ 16 ครั้งที่ 6/2565 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2565 มีมติให้ปรับปรุงแก้ไขแบบฟอร์มใบลาออกจากเป็นสมาชิกสหกรณ์ เพื่อความถูกต้อง ชัดเจน และมีข้อกำหนดและเงื่อนไขในทางเดียวกัน นั้น

สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด จึงขอใช้แบบฟอร์มใบลาออกจากเป็นสมาชิกสหกรณ์ ที่แนบมาพร้อมกันนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 เป็นต้นไป และสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ www.uttsavings.com

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2565

ณ.
๒๔

(นายพงษ์เทพ อินทร์พย์)

ประธานกรรมการดำเนินการ
สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด

เอกสารประกอบการคลาออก

- สำเนาบัญชีธนาคารกรุงไทย
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้คลาออก
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้คลาออก
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบฉันทะ (ถ้ามี)



ยกเว้นอาคาร

แสดงปี

ใบคลาออกจากการเป็นสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เลขสมาชิกสหกรณ์..... สถานที่ทำงาน..... หน่วยงาน..... โทรศัพท์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ขอลาออกจากสมาชิกสหกรณ์ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... เหตุผลการลาออก(ระบุ).....

และขอความอนุเคราะห์ให้สหกรณ์ดำเนินการปิดบัญชีเงินฝากทุกบัญชีที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับสหกรณ์โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารพาณิชย์ของข้าพเจ้า
ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอลาออก

กรณีมีบัณฑิต

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้ นาย/นาง/นางสาว..... เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์..... เป็นผู้ดำเนินการแทนข้าพเจ้า

(ลงชื่อ)..... ผู้มีบัณฑิต (ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบฉันทะ

(ลงชื่อ)..... พยาน (ลงชื่อ)..... พยาน

หมายเหตุ กรณีมีบัณฑิตให้ผู้อื่นดำเนินการแทน ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวผู้คลาออกและผู้รับมอบฉันทะ

การตรวจสอบและอนุมัติ

การผูกพัน

รายการ	จำนวนเงิน	รายการ	จำนวนเงิน	การค้ำประกัน	
				<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
เงินกู้พิเศษ/สามัญ		เงินค่าหุ้น			
เงินหุ้น/เงินฝาก		เงินฝาก เลขบัญชี.....			การเรียกเก็บเงิน
เงินกู้อุดหนุน		กองทุนผู้ค้ำประกันเงินกู้สามัญ		<input type="checkbox"/>	ไม่ได้รับเงิน
เงินกู้อื่นๆ		เงินประกันชีวิต		<input type="checkbox"/>	มีเงินประกันชีวิต
รวม		รวม		<input type="checkbox"/>	มีเงินจำนวน..... บาท
<input type="checkbox"/> จ่ายเพิ่ม		<input type="checkbox"/> รับเงินคืน			

การรับเงินคืน โอนเข้าบัญชีเลขที่.....

ธนาคาร..... สาขา.....

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ).....

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

คำอนุมัติ

อนุมัติตามมติที่ประชุมครั้งที่.....
วันที่..... และมอบ
ฝ่ายการเงินโอนหุ้นชำระหนี้หรือถอนหุ้น
แล้วแต่กรณี

ยกเลิกหักเงินฝากรายเดือน
 ไม่อนุมัติ แจ้งสาเหตุให้ผู้คลาออกทราบ
(ลงชื่อ)
(.....)

วันที่.....

การเป็นสมาชิกสมาคมมาปันกิจฯ

- สมาคมมาปันกิจส่งเสริมฯ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสรท.)
- สมาคมมาปันกิจส่งเสริมฯ สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (.ชสอ.สส)
- กองทุนสวัสดิการสมาชิกสมาคมมาปันกิจส่งเสริมฯ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

หมายเหตุ ให้นำสมุดบัญชีเงินฝากพร้อมลงชื่อในใบถอนเงินแบบใบคลาออก เพื่อปิดบัญชี



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ
สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่
หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล(แขวง) อำเภอ(เขต)
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ
ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์ จำกัด

หรือ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่
หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล(แขวง) อำเภอ(เขต)
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ
เป็นผู้ () รับเงินค่าหุ้น () รับเงินฝาก () รับเงินกองทุนผู้ค้าประกันเงินกู้สามัญ () รับเงินประกันชีวิต
() รับเงินบำเหน็จ () อื่นๆ ที่เพิ่งได้รับ

แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้ เมื่อฉันว่า
ข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์น้ำมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาบาลแล้ว

ลงชื่อ ผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์น้ำมือของผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ และผู้รับยินยอม
และรับมอบอำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์น้ำมือต่อหน้าข้าพเจ้า

ลงชื่อ พยาบาล ลงชื่อ พยาบาล
(.....) (.....)