

โปรดเขียนด้วยบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

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



สสอ. 1

ใบสมัครสมาชิก

สมาคมฌานกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน □_□□□□_□□□□□_□□_□

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. คู่สมรสชื่อ

(1) เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ จำกัด

(2) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล (แขวง) อำเภอ (เขต) จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำแหน่ง ถนน ตำบล (แขวง)

อำเภอ (เขต) จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

(4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกรอบที่ 4/2555 ดังนี้

ไม่เกิน 60 ปี 15 กรกฎาคม ถึง 15 สิงหาคม 2555 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 4,000 บาท

ไม่เกิน 45 ปี 1 กรกฎาคม ถึง 31 สิงหาคม 2555 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 1,200 บาท

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌานกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิก สอ. เลขที่

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสร. และได้แนบ หลักฐาน ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตาม ข้อบังคับ และระเบียบ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย ประกาศ สสร. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสร. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ

- คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสร. ตั้งแต่วันที่.....
(คราวประชุมเมื่อวันที่) ไม่อนุญาตเนื่องจาก.....
.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายก สสร.
 ประธาน สอ.....
 ผู้จัดการ สอ.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง



สสอ.ร.2

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ ปี

ปรากฏว่า

นาย/นาง/นางสาว

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรคพิษโรคในระยยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจาก ราชการ

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



**หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์
สมาคมสมาคมนักสภาระยะที่สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.)**

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ข้าพเจ้า อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ เลขทะเบียนที่ สังกัดหน่วย.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
ตำบล (แขวง) อำเภอ (เขต) จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ มือถือ ทำงานประจำในตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน ตำบล.....
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

(1) สถานภาพ

- โสด
- สมรส คู่สมรสชื่อ.....
- หย่า หรือ หม้าย

(2) การแสดงเจตนา ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่ สสอ.พึงจ่าย โดยจ่ายให้แก่ผู้มารับประโยชน์ ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

- 2.1 เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2.2 เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2.3 เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2.4 เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2.5 เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2.6 เกี่ยวข้องเป็น.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้า แสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

3. ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมสมาคมนักสภาระยะที่สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.) ยินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือน หักเงินที่เกี่ยวข้องกับการนี้และเงินสงเคราะห์ศพหรือสงเคราะห์ศพล่วงหน้าตามที่เรียกเก็บ ตั้งแต่วันที่สหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจ ลงคู่เพื่อจ่ายให้ สสอ. เป็นต้นไป

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ) พยาน

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ สสอ.

(ลงชื่อ) ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.

(.....)



ใบสมัครสมาชิกประเภทสมทบ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์กรุงเทพ (สสอค.)

เขียนที่

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ชื่อคู่สมรส.....

(1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขสมาชิก.....

(2) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน/ ชื่อหน่วยงาน..... เลขที่..... ถนน.....

ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

(4) การชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

() ชำระเป็น เงินสด

() หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์

() หักชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน

() หักชำระ โดยเพิ่มในบัญชีเงินกู้

() อื่น ๆ (ระบุ).....

(5) ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์

ออมทรัพย์กรุงเทพ (สสอค.) มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกประเภท สมทบ และยินยอมปฏิบัติตาม

เงื่อนไขตามข้อบังคับทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

<p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p>ตรวจสอบเอกสารแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้อง และได้แนบเอกสารประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>	<p>สำหรับคณะกรรมการ</p> <p>() อนุมัติ รับเป็นสมาชิกสมทบ สสอค. ในคราวประชุมครั้งที่.....เมื่อวันที่.....</p> <p>() ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>
<p>ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)</p> <p>() นายก สสอค.</p> <p>() ประธานศูนย์ประสานงาน</p> <p>() ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน</p>	<p>ความเห็น</p> <p>() อนุมัติ (ลงชื่อ).....</p> <p>() ไม่อนุมัติ (.....)</p>



ประกาศสมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
เรื่อง ปรับปรุงปฏิทินกำหนดการรับสมัครสมาชิกสมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
สมาชิกของสหกรณ์จักษุแพทย์แห่งประเทศไทย (สสอ.)

.....

ตามที่สมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กำหนดปฏิทินการรับสมัครสมาชิกไว้ในแนวปฏิบัติสมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย (สสอ.) ว่าด้วยการรับสมัครสมาชิกสมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2554 แล้วนั้น เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามข้อเสนอแนะของที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ สสอ. ครั้งที่ 2/2555 เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2555 และให้การรับสมัคร สสอ. เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการรับสมัครสมาชิกของสมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย (สสอ.) จึงขอยกเลิกกำหนดการรับสมัครสมาชิก สสอ. รอบที่ 1/55-4/55 และให้ใช้กำหนดปฏิทินการรับสมัคร สสอ. ฉบับนี้แทน ดังต่อไปนี้

รอบที่ปี 2555	ระยะเวลารับสมัคร	ศูนย์ฯ ตรวจสอบ คุณสมบัติ สมาชิก	สสอ. ประชุม ให้ความ เห็นชอบ	ศูนย์ฯ ส่งเงิน สงเคราะห์ ล่วงหน้าให้ สสอ.	ผล คุ้มครอง (นับถึง ธ.ค. ของ ทุกปี)	อัตรา เงิน สงเค าะห์ ล่วงหน้า	จำนวนอายุ
รอบที่ 1	1 ต.ค. - 30 พ.ย.54	1 - 15 ธ.ค.54	15 ธ.ค.54	16 - 20 ธ.ค.54	1 ม.ค.55	4,000	ไม่เกิน 60 ปี
รอบที่ 2	1 ม.ค. - 28 ก.พ.55	1 - 15 มี.ค.55	15 มี.ค.55	16 - 20 มี.ค.55	1 เม.ย.55	3,000	ไม่เกิน 60 ปี
รอบที่ 3	1 เม.ย. - 31 พ.ค.55	1 - 15 มิ.ย.55	15 มิ.ย.55	16 - 20 มิ.ย.55	1 ก.ค.55	2,000	ไม่เกิน 55 ปี
รอบที่ 4	1 ก.ค. - 31 ส.ค.55	1 - 15 ก.ย.55	15 ก.ย.55	16 - 20 ก.ย.55	1 ต.ค.55	1,200	ไม่เกิน 45 ปี

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ สมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย (สสอ.) โทร. 081-917-1894

ประกาศ ณ วันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

(นายสมเกียรติ อมตะธงไชย)

นายกสมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
สมาชิกของสหกรณ์จักษุแพทย์แห่งประเทศไทย