

เลขทะเบียนสมาชิก.....

ใบสมัครสมาชิกกองทุนสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่

เขียนที่

วันที่..... เดือน พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) อายุปี

เลขประจำตัวประชาชนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ ถนน..... ตำบล..... อำเภอ จังหวัด

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

ได้รับทราบถึงข้อระเบียบกองทุนสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ เห็นชอบในข้อระเบียบและความมุ่งหมายของกองทุนฯ จึงขอสมัครเป็นสมาชิกกองทุนสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่และให้ถ้อยคำเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

ข้อที่ ๑. ข้าพเจ้าเกิดวันที่ เดือน พ.ศ. สถานภาพ
ปัจจุบัน โสด หม้าย สมรส ชื่อคู่สมรส (นาย/นาง/นางสาว)
ชื่อบิดา..... ชื่อมารดา

ข้อที่ ๒. ข้าพเจ้าเป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ
 พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว ในตำแหน่ง
หน่วยงาน..... ได้รับอัตราเงินเดือน/อัตราจ้าง เดือนละ.....บาท

ข้อที่ ๓. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกในครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงในการส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อกองทุนสวัสดิการอำเภอเมืองกระบี่ ตามข้อระเบียบของกองทุน ฯ โดยส่งเงินหุ้นในอัตราเดือนละหุ้น (มูลค่าหุ้นละ ๑๐๐ บาท) จำนวนบาท (.....)

ข้อที่ ๔. ถ้าข้าพเจ้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมส่งเงินให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการเงินของกองทุนสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ โดยจัดส่งเงินจำนวนค่าหุ้นเป็นเงินสด ในอัตราตามจำนวนหุ้นที่แสดงความจำนงไว้กับกองทุนดังกล่าว เพื่อส่งเป็นเงินค่าหุ้นรายเดือน และจำนวนเงินงวดชำระหนี้(ถ้ามี) ต่อกองทุนสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ ต่อไปด้วย

ข้อที่ ๕. ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อในใบสมัครสมาชิกกองทุนสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ และสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการมีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะดำเนินการชำระเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรกต่อกองทุนสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ให้เสร็จภายในวันซึ่งคณะกรรมการดำเนินการได้กำหนดการชำระเงินจำนวนดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบและมติของกองทุนสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ทุกประการ

ข้อที่ ๖. ถ้าข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงในเรื่อง ที่อยู่ หรือ ย้าย/ลาออก ข้าพเจ้าจะแจ้งให้กองทุน
สาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ทราบภายใน ๑๕ วัน

ข้าพเจ้า ยอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามระเบียบและมติของกองทุนสาธารณสุขอำเภอ
เมืองกระบี่ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองจากหัวหน้าหน่วยบริการ

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว)เป็น

- ข้าราชการ ตำแหน่ง ได้รับเงินเดือนจาก.....
- ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง ได้รับเงินเดือนจาก.....
- พนักงานราชการ ตำแหน่ง ได้รับเงินเดือนจาก
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง..... ได้รับเงินเดือนจาก
- ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน/รายวัน ตำแหน่งได้รับเงินเดือนจาก.....

และสามารถจ่ายเงินสดค่าหุ้นรายเดือน และเงินงวดชำระหนี้(ถ้ามี) ส่งต่อกองทุนสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่

(ลงชื่อ) ผอ.รพ.สต.
(.....)

คำรับรองผู้บังคับบัญชา

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว) เป็นผู้อยู่ในบังคับบัญชาของ
ข้าพเจ้า และข้อความที่ผู้สมัคร ได้แสดงไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)หัวหน้าหน่วยงาน
(.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบใบสมัครสมาชิกกองทุนสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ