



หนังสือสัญญาเงินกู้สามัญเพื่อสวัสดิการสมาชิก
บัญชีเงินกู้ที่...../..... (เจ้าหน้าที่สหกรณ์กรอก)

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขทะเบียนที่.....ตำแหน่ง.....เงินเดือน.....บาท สังกัดหน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้กู้” ได้ทำหนังสือกู้เงินไว้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้ให้กู้” เพื่อเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ผู้กู้ ขอกู้เงินจากผู้ให้กู้ เป็นเงินจำนวน 7,000.00 บาท (เจ็ดพันบาทถ้วน) ผู้กู้ตกลงว่าจะชำระหนี้เป็นงวดรายเดือนภายในวันทำการของทุกสิ้นเดือน โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเท่าๆ กัน เดือนละจำนวน 600.00 บาท (หกร้อยบาทถ้วน) ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 2. สำหรับปีต่อไป ผู้กู้ ขอกู้เงินจากผู้ให้กู้ ตามสัดส่วนที่กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสท.) เรียกเก็บโดยประมาณเป็นเงินจำนวน 7,000.00 บาท (เจ็ดพันบาทถ้วน) ผู้กู้ตกลงว่า จะชำระหนี้เป็นงวดรายเดือนภายในวันทำการของทุกสิ้นเดือน โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเท่าๆ กันเดือนละ จำนวน 600.00 บาท (หกร้อยบาทถ้วน) ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 3. ผู้กู้ขอให้ผู้ให้กู้ หักเงินกู้สามัญเพื่อสวัสดิการสมาชิกโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาชิกที่เปิดไว้กับสหกรณ์ฯ เพื่อชำระเบี้ยประกันให้กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสท.) เป็นรายปี

ข้อ 4. ผู้กู้ยินยอมจ่ายดอกเบี้ย ตามอัตราดอกเบี้ยที่ผู้ให้กู้กำหนด โดยจะจ่ายดอกเบี้ยจากเงินต้นค้างชำระเป็นรายวัน

ข้อ 5. ผู้กู้ยินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของผู้กู้ หักเงินงวดชำระหนี้ของผู้กู้ตามข้อ 1 , 2 เพื่อส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้อ 6. ผู้กู้ทราบและเข้าใจดี ขอยอมรับผูกพันตามข้อบังคับ และระเบียบว่าด้วยการให้เงินกู้ฯ ของผู้ให้กู้ที่ได้กำหนดขึ้นถือปฏิบัติทุกประการ รวมทั้งหากมีการแก้ไขเพิ่มเติมในภายหลังด้วย ซึ่งผู้ให้กู้ไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้กู้ทราบล่วงหน้า

ข้อ 7. หากผู้กู้ผิดนัดชำระหนี้งวดหนึ่งงวดใด ให้ถือว่าผิดนัดชำระทั้งหมด และหมดสภาพการเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสท.) สัญญากู้เป็นอันถึงกำหนดชำระโดยพลัน ผู้กู้ยินยอมให้ผู้ให้กู้ฟ้องร้องบังคับคดีได้ทันที และผู้กู้ยินยอมชดใช้ค่าเสียหายที่ผู้ให้กู้ต้องใช้จ่ายไปในการดำเนินคดีแก่ผู้ให้กู้โดยครบถ้วน

ข้อ 8. สัญญานี้ให้มีผลบังคับใช้ตลอดไปจนกว่าสมาชิกสิ้นสภาพจากการเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ผู้กู้ได้อ่านและเข้าใจข้อความในหนังสือกู้เงินนี้แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ณ วันที่ทำหนังสือนี้

สัญญาเดิมเลขที่.....	(ลงชื่อ)
ตรวจแล้วถูกต้อง	(.....)
(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ประจำหน่วย	(ลงชื่อ)
(.....)	(.....)
(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ	(ลงชื่อ)
(.....)	(.....)
ประธาน /รองประธาน /ผู้จัดการ /หรือผู้ที่ได้รับมอบ	

(ลงชื่อ)ผู้กู้
(.....)
(ลงชื่อ)ผู้ให้กู้
(.....)
(ลงชื่อ)พยาน
(.....)



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด
หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้สหกรณ์ออมทรัพย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขหมายประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รับราชการสังกัด (1)..... ตำแหน่ง.....

และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....ขอให้ความ
ยินยอมไว้เป็นหนังสือตามพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ.2542 มาตรา 42/1 ดังข้อความต่อไปนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชาและหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงาน
ที่ข้าพเจ้าสังกัดขณะทำหนังสือนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหน้าโปรดหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงิน
บำเหน็จ กบข. เงินบำเหน็จดำรงชีพ และเงินอื่นที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แจกในแต่ละเดือนให้หักเงินเพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณี
ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จำกัด แทนข้าพเจ้าในทุกเดือน

ข้อ 2. ในกรณีที่ข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และมีสิทธิได้รับเงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ
กบข. บำเหน็จดำรงชีพหรือเงินอื่นที่พึงได้รับจากทางราชการ ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชา
และหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดขณะทำหนังสือนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหน้า
โปรดหักเงินตามจำนวนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แจกและส่งเงินจำนวนนั้นให้
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินตามข้อ 1 และข้อ 2 เมื่อได้หักชำระหนี้แก่ทางราชการ (ถ้ามี) แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้
หักเงินส่งสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก ตาม พรบ.สหกรณ์ พ.ศ.2542
มาตรา 42/1

ข้อ 4. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอม
ทั้งหมดหรือแต่บางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง และได้อ่านข้อความและเข้าใจโดยตลอด
แล้วเห็นว่าตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน อนึ่ง หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ
มีข้อความตรงกัน ฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่ (1)..... ส่วนฉบับที่สองเก็บไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เก็บไว้เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอมในฐานะผู้กู้

(.....)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

หมายเหตุ “(1)” หมายถึงชื่อส่วนราชการที่ผู้กู้สังกัดหรือมีหน้าที่จ่ายเงินได้



โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 เป็นต้นไป)

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา
- 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธท. พร้อมรับรองสำเนา
- 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน (ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.)



เลขทะเบียนสมาชิก กสธท.

ใบสมัครสมาชิก (ส่วนที่ 2)

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./สสธท. เป็นกรรมการ/ผู้ตรวจสอบกิจการ/เจ้าหน้าที่ ชสอ.

เป็นสมาชิกสมทบ สสธท. (ประเภทสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์) ที่เป็นพนักงานราชการ/พ.กส./ลูกจ้างชั่วคราว ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เป็นสมาชิกสมทบคู่สมรส สสธท./สมทบบุตร สสธท. ที่ประกอบอาชีพ (โปรดระบุ).....

ยกเว้นอาชีพเกษตรกร และผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

2. สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

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

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

4. การชำระเงินค่าสมัครและเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรกเริ่มสมัคร เป็นเงิน.....บาท (ค่าสมัคร 100 บาท และเบี้ยประกันชีวิต.....บาท)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสธท. ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่ กสธท. หรือศูนย์ประสานงาน กสธท.

นำชำระเอง / โอนเข้าระบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขาถนนบุรี ชื่อบัญชี กองทุน

สวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย รหัสหน่วยงาน/Company Code : 92778 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท

ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธท.

6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบและประกาศของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุน กสธท. ให้เจริญรุ่งเรืองยิ่งๆ ขึ้นไป

7. ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ที่ กสธท. กำหนด) มาก่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้ารู้แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธท. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ กสธท. ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 14 (1) (3) และ (7) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว
เป็นสมาชิก สสธท. ทะเบียนเลขที่.....จริง
.....
()
เจ้าหน้าที่ศูนย์กสธท.

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(.....)

ความเห็นของกรรมการกองทุนฯ พิจารณารับเป็นสมาชิก () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ
อาศัยระเบียบกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ข้อ 45 ตามมติที่ประชุมครั้งที่.....วันที่.....

ลงชื่อ.....ประธานกองทุนฯ / หรือผู้ได้รับมอบหมาย

(.....)



ใบรับรองแพทย์ (ส่วนที่ 2)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ส่วนที่ 2

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (3.1) – (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ □ ไม่มี □ มี (ระบุ).....

โรคประจำตัวอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

(1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

(2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(3.1) โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.2) โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.3) โรควัณโรค ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.4) โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.6) ภาวะไตวาย (ล้างไต) ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.7) โรคเอดส์ ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.8) โรคตับแข็ง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธท. 2

ไม่มี มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธท. จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธท. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก กสธท. (ลำดับที่ 2)

เขียนที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก กสธท. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- (4.1) โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.2) โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.3) โรควัณโรค ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.4) โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.6) ภาวะไตวาย (ล้างไต) ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.7) โรคเอดส์ ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.8) โรคตับแข็ง ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.9) โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี (ระบุ).....
- (4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธท. 2 ไม่มี มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ กสธท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก กสธท. ตามระเบียบ กสธท. พ.ศ. 2566 ข้อ 14 (3) ได้ทันที และข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก กสธท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามระเบียบ กสธท. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กสธท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก กสธท.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์