



ประกาศสภากาชาดสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง  
เรื่อง ขยายระยะเวลามาตรการช่วยเหลือกรณีสมาชิกผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) โดยลดส่งค่าหุ้นรายเดือนคงเหลือ 3%

\*\*\*\*\*

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสภากาชาดสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ข้อ 7 และระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยการปฏิบัติกรณีสมาชิกขอความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาการชำระหนี้ พ.ศ. 2562 และระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยหุ้น พ.ศ.2562 ข้อ 5 และข้อ 8 ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 28 ครั้งที่ 5/2565 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565 อนุมัติขยายระยะเวลามาตรการช่วยเหลือกรณีสมาชิกผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยลดส่งค่าหุ้นรายเดือนคงเหลือ 3% ให้กับสมาชิก (ตามความสมัครใจ) จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2565

ประกาศ ณ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

(นายคมกฤษณ์ สุขไชย)

ประธานกรรมการ

สภากาชาดสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง จำกัด





สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก  
เลขที่รับ...../.....  
วันที่ .....

แบบแจ้งความประสงค์เข้าร่วม “มาตรการช่วยเหลือกรณีสมาชิกผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ  
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)” ประจำปีบัญชี 2565

วันที่ .....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....อายุ.....ปี  
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สังกัด.....ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท  
เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....มีความประสงค์จะเข้าร่วมมาตรการช่วยเหลือกรณีสมาชิก  
ผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19)” ประจำปีบัญชี 2565

✓ ลดส่งค่าหุ้นรายเดือนคงเหลือ 3% (ตามความสมัครใจ) ถึงวันที่ 30 กันยายน 2565

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้จ่าย ดังนี้

1. ....
2. ....

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจในข้อบังคับ และระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด  
และยินยอมถือปฏิบัติตามทุกประการ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐาน มาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- สลิปเงินเดือน (เดือนล่าสุด) จำนวน 1 ฉบับ

ลงชื่อ .....

(.....)

เลขที่สมาชิก.....

หมายเหตุ : เงื่อนไขการอนุมัติตามโครงการให้เป็นไปตามระเบียบสหกรณ์ฯ กำหนด