



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
เรื่อง ขอเชิญชวนสมาชิกสมัครกองทุนหลักประกัน

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ข้อ 79 (10) และมติที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ชุดที่ 29 ครั้งที่ 3/2566 เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2565 อนุมัติให้สมาชิกสามารถสมัครกองทุนเพิ่มเพื่อให้ครอบคลุมวงเงินหลักประกันเงินกู้ ดังนี้

1. กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กภส. (ล้านอุบล)
2. กองทุนรักษั้อีสาน (กรอ.)

ในการนี้ หากสมาชิกมีความประสงค์ต้องการสมัครกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กภส. (ล้านอุบล) และกองทุนรักษั้อีสาน (กรอ.) สามารถส่งเอกสารและชำระค่าสมัครได้ที่ ศูนย์ประสานงาน สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ในวันและเวลาทำการ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2565

(นายคมกฤษณ์ สุขไชย)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่องเอกสารประกอบ

เลขประจำตัวสมาชิก.....

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



ใบสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่าย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภคส.)

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....คู่สมรสชื่อ.....

- (1.) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....
- เป็นเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด ที่เป็นศูนย์ประสานงานกองทุน ฯ
- เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภคส.) ของสหกรณ์ที่เป็นศูนย์ประสานงานกองทุน ฯ

(2.) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3.) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

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

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

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

(4.) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

- ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท
- สำหรับสมาชิกสมัครแบบต่อเนื่อง เป็นเงิน 3,100 บาท (ไม่มีระยะเวลารอคอย)
- สำหรับสมาชิกแบบสมัครใหม่ เป็นเงิน 2,800 บาท (ระยะเวลารอคอย 180 วัน)
- รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....บาท (.....)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

- ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุน ฯ (สหกรณ์ต้นสังกัด)
- ชำระเงินโอนเข้าบัญชีกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์ ฯ เลขที่บัญชี.....
- ชำระจากการหักเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุน ฯ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุน ฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนภาคีเครือข่าย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิตตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) ประกาศเรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)

เสนอ

เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการ

กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(กกส.)

คำสั่ง

อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนภาคีเครือข่าย
 สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย /นาง /นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า นาย /นาง /นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(1) โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ

(2) โรคหัวใจ

(3) โรควัดโรคในระยยะอันตราย

(4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง

(5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

(6) โรคไตระยะที่ 5

สรุปความเห็นและขอเสนอแนะของแพทย์

() สุขภาพแข็งแรง

() อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่นๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม (1) – (6) หรือโรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(กกส.) จะไม่รับเป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครขอใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก

เรียน ประธานกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ตาม (1) - (6) หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้ว และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) ตามมติประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 1/2565

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก)

(.....) ตัวบรรจง



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ
กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิก (กกส.) เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าหรือหม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาได้รับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) จ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่าย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)

(ลงชื่อ).....พยาน (สมาชิกสหกรณ์)

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่กองทุน ฯ

(.....)

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่องเอกสารประกอบ

เลขประจำตัวสมาชิก.

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



ใบสมัครสมาชิก
กองทุนรักษ้อีสาน (กรอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

(1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....

เป็นเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด ที่เป็นศูนย์ประสานงานกองทุนรักษ้อีสาน

เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานกองทุนรักษ้อีสานของสหกรณ์ที่เป็นศูนย์ประสานงานกองทุน

(2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

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

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

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

(4) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท

เงินค่าเบี้ยประกันชีวิต..... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน..... บาท (.....)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุนรักษ้อีสาน (สหกรณ์ต้นสังกัด)

ชำระเงินเข้าบัญชีกองทุนรักษ้อีสาน เลขที่บัญชี.....

ชำระจากการหักเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนรักษ้อีสานแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุนฯทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนรักชีอีสาน ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนรักชีอีสาน และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนรักชีอีสาน ประกาศ เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานกองทุนรักชีอีสาน

เสนอ

เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนรักชีอีสาน

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการกองทุนรักชีอีสาน

คำสั่ง

อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนรักชีอีสาน

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนรักชีอีสาน



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย /นาง /นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า นาย /นาง /นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและปราศจากประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- (1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
- (2) โรคหัวใจ
- (3) โรควิธโรคในระยะอันตราย
- (4) โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคไตระยะที่ 5

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ () สุขภาพแข็งแรง

() อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่น ๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม (1) – (6) หรือโรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายกองทุนรักษ้อีสาน จะไม่รับ

เป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนรักษ้อีสาน กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก

เรียน ประธานกองทุนรักษ้อีสาน

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ตาม (1) – (6) หากข้าพเจ้า

รู้อยู่แล้ว และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กองทุนรักษ้อีสาน ใช้สิทธิตัดรายชื่อ

พ้นสมาชิกภาพกองทุนรักษ้อีสาน ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 1/2565

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก)

(.....)ตัวบรรจง



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ
กองทุนรักษ่อีสาน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกกองทุนรักษ่อีสาน เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ.......... หย่าหรือหม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนรักษ่อีสานจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกกองทุนรักษ่อีสาน

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่กองทุนฯ

(.....)

