



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ  
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

เขียนที่.....  
วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ ณ บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....  
โทรศัพท์เคลื่อนที่.....ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์นี้โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบ  
ในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ด้วยความสมัครใจมีความประสงค์จะใช้บริการต่างๆ  
ของสหกรณ์เป็นการประจำ และขอให้ถือยศเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าอายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ข้อ 2. ข้าพเจ้า

(1) เป็น  บิดา/มารดา  คู่สมรส  บุตร (อายุ 20 ปีขึ้นไป) ของสมาชิก

ชื่อ.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

หรือ 2) เป็น  พนักงานราชการ  พนักงานกระทรวงสาธารณสุข  ลูกจ้างชั่วคราว

ตำแหน่ง.....สังกัดกอง/ศูนย์.....กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ข้อ 3. ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท  
(มูลค่าหุ้นละ 10 บาท) ข้าพเจ้าได้รับเงินได้รายเดือน.....บาท บัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)  
เลขที่.....

ข้อ 4. ข้าพเจ้าสัญญาว่าถ้าคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมทบได้ ข้าพเจ้า  
จะชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าตามข้อบังคับต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนด

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกสมทบจะปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสหกรณ์ ข้อบังคับ ระเบียบและมติ  
ของสหกรณ์ทุกประการ

(.....)

ผู้สมัคร

**เอกสารประกอบการสมัคร**

- สำเนาทะเบียนบ้าน 2 ชุด
- สำเนาบัตรประชาชน 2 ชุด
- สำเนาบัตรแสดงตนที่ออกโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- สำเนาทะเบียนสมรส/บัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับโอนผลประโยชน์
- สำเนาสลิปเงินเดือน



เลขทะเบียนสมาชิก.....

สหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด  
(แบบการให้ลูกค้าแสดงตน)

วันที่แสดงตน.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....วันเดือนปีเกิด.....เพศ.....

สถานภาพ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

ศาสนา.....อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานแสดงตนดังกล่าวมานั้น เป็นความจริงทุกประการ และได้แนบเอกสารตามที่  
สหกรณ์ต้องการมาพร้อมด้วย จำนวน.....ฉบับ

ลายมือชื่อ.....ผู้ทำธุรกรรม  
(.....)

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- อื่น ๆ (ระบุ).....

**หมายเหตุ** การแสดงตนนี้เป็นการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ. 2542 มาตรา 20  
ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง วิธีการแสดงตนของลูกค้าสถาบันการเงิน และกฎกระทรวงฉบับที่ 6/2543  
ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ. 2542

พินัยกรรมแบบธรรมดา  
หนังสือตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์

เขียนที่ .....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก ..... ขอทำพินัยกรรมนี้กำหนดตั้งผู้รับ  
โอนผลประโยชน์ไว้เพื่อตาย กล่าวคือ เมื่อข้าพเจ้าตาย ให้สหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด  
จ่ายเงินค่าหุ้น เงินรับฝาก เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน และดอกเบี้ย รวมทั้งบรรดาทรัพย์สินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ  
ตามสิทธิของการเป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ แล้วแต่กรณี ภายหลังจากที่สหกรณ์ฯ ได้หักชำระหนี้สินทั้งปวงที่ข้าพเจ้ามี  
อยู่กับสหกรณ์ฯ ให้แก่ผู้รับโอนประโยชน์ของข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้

1. ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
ความสัมพันธ์เป็น .....

2. ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
ความสัมพันธ์เป็น .....

3. ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
ความสัมพันธ์เป็น .....

4. ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
ความสัมพันธ์เป็น .....

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาไว้ด้วยว่า  
พินัยกรรมนี้โดยทำหนังสือพินัยกรรมฉบับใหม่ขึ้น  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด ยึดถือไว้

ถ้าข้าพเจ้าจะเพิกถอนหรือเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดในหนังสือ  
ก็จะมอบหนังสือพินัยกรรมฉบับใหม่นั้นให้สหกรณ์ออมทรัพย์

หนังสือพินัยกรรมนี้ทำไว้ ณ วันที่ (ตัวหนังสือ).....เดือน.....  
พุทธศักราช(ตัวหนังสือ).....และข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้า  
.....พยาน ซึ่งอยู่พร้อมหน้ากันในขณะนี้

.....ผู้ทำพินัยกรรม  
ข้าพเจ้า ทั้ง.....ขอรับรองว่าผู้ทำพินัยกรรมได้ลงลายมือชื่อ  
ในหนังสือพินัยกรรมข้างบนนี้ต่อหน้าข้าพเจ้าซึ่งอยู่พร้อมหน้ากัน

.....พยาน  
(.....)

.....พยาน  
(.....)

หนังสือพินัยกรรมนี้ข้าพเจ้า.....มีสำนักอยู่บ้านเลขที่.....  
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เป็นผู้เขียน

.....ผู้เขียน

### ข้อพึงระวัง

1. พินัยกรรมแบบธรรมดา ต้องทำเป็นหนังสือ ลงวัน เดือน ปี ในขณะที่ทำขึ้นและผู้ทำพินัยกรรม  
ต้องลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน ซึ่งพยานสองคนนั้นต้องลงลายมือชื่อรับรองลายมือชื่อ  
ของผู้ทำพินัยกรรมไว้ในขณะนั้น การขูดลบ ตก เต็ม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นซึ่งพินัยกรรมนั้นย่อมไม่  
สมบูรณ์ เว้นแต่ผู้ทำพินัยกรรมจะได้ลงลายมือชื่อกำกับและพยานลงลายมือชื่อรับรอง อย่างเดียวกับที่กล่าวข้างต้น  
(ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา 1656)

2. บุคคลต่อไปนี้ จะเป็นพยานทำพินัยกรรมไม่ได้

(ก) ผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

(ข) บุคคลวิกลจริตหรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ

(ค) บุคคลที่หูหนวก เป็นใบ้ หรือจักษุบอดทั้งสองข้าง (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา 1670)

3. เมื่อบุคคลใดนอกจากผู้ทำพินัยกรรม เป็นผู้เขียนข้อความแห่งพินัยกรรม บุคคลนั้นต้อง  
ลงลายมือชื่อของตน ทั้งระบุว่าเป็นผู้เขียน ถ้าบุคคลนั้นเป็นพยานด้วย ให้เขียนข้อความระบุว่าตนเป็นพยานไว้ต่อท้าย  
ลายมือชื่อของตนเช่นเดียวกับพยานอื่น ๆ (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา 1671)

4. ผู้เขียนและพยานในพินัยกรรม จะเป็นผู้รับทรัพย์ตามพินัยกรรมนั้นไม่ได้ และคู่สมรสของ  
ผู้เขียนหรือของพยานในพินัยกรรมก็ต้องห้ามเช่นเดียวกัน (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา 1653)



## หนังสือแสดงความยินยอม (Consent Form)

ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

วันที่.....

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

เลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ โทรศัพท์.....

 “ให้” ความยินยอม “ไม่ให้” ความยินยอม

แก่สหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด (“สอวพ.”) ในการเก็บรวบรวม / ใช้ / เผยแพร่  
เจ้าหน้าที่สหกรณ์ / กรรมการดำเนินการ / ผู้ตรวจสอบกิจการ / ผู้สอบบัญชี / และหน่วยงานราชการที่กำกับดูแล  
เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่

1. ข้อมูลของผู้สมัครสมาชิก สมาชิกสมทบ บุตรสมาชิก และผู้รับผลประโยชน์
2. ข้อมูลสมาชิกผู้กู้ ผู้ค้ำประกัน และพยาน
3. รูปถ่าย ที่ใช้ในระบบโปรแกรมสหกรณ์ รวมไปถึงภาพถ่ายบนสำเนาเอกสารต่างๆ
4. ข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ที่อาจมีการจัดเก็บเพิ่มเติม เพื่อการตรวจสอบ และเพื่อการปฏิบัติให้เป็นไปตาม  
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้เพื่อการสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ การถือหุ้นรายเดือน การทำธุรกรรมฝากเงิน การขอเงินกู้ การเข้าค้ำ  
ประกันเงินกู้ และการขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก ต่างๆ

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดเกี่ยวกับหนังสือนี้ และได้รับคำอธิบายจากสหกรณ์ ถึง  
วัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือ  
ชักจูง และสหกรณ์ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่ในกรณีมี  
ข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาาระหว่างข้าพเจ้ากับสหกรณ์ ที่เป็นประโยชน์กับข้าพเจ้าและสหกรณ์ รวมถึง  
การฟ้องร้องดำเนินคดี

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้ข้าพเจ้า  
ขาดคุณสมบัติในการทำธุรกรรมการเงินต่าง ๆ กับสหกรณ์ รวมถึงอาจได้รับความสะดวกในการรับสวัสดิการสงเคราะห์  
ต่าง ๆ น้อยลง และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่  
ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

-สำหรับเจ้าหน้าที่-

สมาชิกเลขทะเบียน.....

ลงชื่อ.....

(.....)