

กลุ่มออมทรัพย์นักพัฒนาภาคใต้ (กล.ไกค้านสวัสดิการคนทำงาน กป.อพช.ใต้)

ที่ทำการ : อาคารสมาคมรักษ์ทะเลไทย เลขที่ ๕๗/๒๒๐ หมู่บ้านเกษตรสถานครุฑ์ไทย หมู่ที่ ๓ ต.พวง อ.เมือง จ.สงขลา ๕๐๑๐๐

โทรศัพท์ มือถือ ๐๘๖-๔๕๐๔๕๐๘ โทรสาร ๐๗๔-๓๓๓๑๔๔ www.workersaving.org

ใบสมัครสมาชิก

ประเภทองค์กร

เจียนที่
.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า นาย / นางสาว / นาง / ค.ช. / ค.ส. ชื่อเล่น

วัน / เดือน / ปีเกิด ปัจจุบันอายุ ปี เลขประจำตัวประชาชน

เป็นผู้มีอำนาจในองค์กร กลุ่ม / โครงการ / เครือข่าย / สมาคม / มูลนิธิ

๒. ที่ตั้งสำนักงาน ตั้งอยู่ที่ เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ถนน ซอย
ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรศัพท์ E-mail :

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับองค์กร (ถ้ามีแผ่นพับแนะนำองค์กร ขอให้แนบมาด้วย) และกรอกรายละเอียดบางข้อ ที่ไม่มีในแผ่น
พับ หรือพิมพ์เพิ่มเติมแนบมาพร้อมนี้

๓.๑ ประวัติการก่อตั้ง

๓.๒ ลักษณะงาน

๓.๓ วัตถุประสงค์

๓.๔ พื้นที่ เป้าหมาย

๓.๕ แหล่งงบประมาณ

๓.๖ จำนวนบุคลากร

๓.๗ โครงสร้างการบริหารจัดการ (ระบุรายชื่อคณะกรรมการบริหาร และที่ปรึกษา)

๔. สถานภาพปัจจุบัน

๔.๑ เป็นสมาชิก กป.อพช.ใต้

ไม่เป็นสมาชิก กป.อพช.ใต้

๔.๒ สถานะทางการเงินขององค์กร ปัจจุบัน กลุ่ม / โครงการ / เครือข่าย / สมาคม / มูลนิธิ

..... ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินองค์กร
จาก เริ่มเมื่อเดือน พ.ศ. และจะสิ้นสุดเดือน
พ.ศ.

๔. ข้าพเจ้าในฐานะผู้มีอำนาจในองค์กรดังกล่าว มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกของกลุ่momทรัพย์นักพัฒนาภาคใต้
(กลไกด้านสวัสดิการคนทำงาน กป.อพช.ใต้) ประเภทองค์กรโดยมีเป้าหมายเพื่อ

และยินดีจะปฏิบัติตามระเบียบและข้อกำหนดต่างๆ ของกลุ่มฯ ในสิทธิ หน้าที่และความรับผิดชอบทุกประการ และ
พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบัตรประจำประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของข้าพเจ้าในฐานะผู้มีอำนาจมาแล้วด้วย

ลงชื่อ ผู้สมัคร / ผู้มีอำนาจในองค์กร
()
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

๑. ในกรณีที่องค์กรของท่านต้องพ้นจากการเป็นสมาชิกกลุ่มฯ ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดๆ ผู้ที่จะรับประโยชน์จากเงินฝากต่างๆ
ขององค์กรท่าน คือ นาย / นางสาว / นาง / ด.ช. / ด.ญ. ตามที่อยู่
เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ถนน ซอย
ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ มือถือ หรือ กลุ่ม / โครงการ / เครือข่าย / สมาคม / มูลนิธิ
ตามที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ถนน ซอย
ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์
๒. ในกรณีที่องค์กรของท่านต้องพ้นจากการเป็นสมาชิกกลุ่มฯ ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดๆ และกลุ่มฯ ไม่สามารถติดต่อกับผู้มี
อำนาจในองค์กรของท่านได้ บุคคลที่จะรับผิดชอบต่อหนี้สินของท่านที่มีไว้กับกลุ่มฯ คือ นาย / นางสาว / นาง
..... ตามที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ถนน
ซอย ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ มือถือ

ลายมือชื่อ ผู้รับผิดชอบตามข้อ ๒
()

=====

เพื่อประกอบการพิจารณา ต้องมีผู้รับรอง (สมาชิกเก่าซึ่งเป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี) ๓ ท่าน คือ

ลายมือชื่อ ผู้รับรอง คนที่ ๑
()
ลายมือชื่อ ผู้รับรอง คนที่ ๒
()
ลายมือชื่อ ผู้รับรอง คนที่ ๓
()

มติที่ประชุมของคณะกรรมการกลุ่มฯ

ในการประชุม ครั้งที่ / วันที่ เดือน พ.ศ.
ณ

ผลการพิจารณา

มีมติ () อนุมัติ รับเป็นสมาชิกกลุ่มฯ โดยให้เป็นสมาชิก หมายเลข ทั้งนี้ให้เริ่มส่งเงินฝากสัжจะได้ตั้งแต่เดือน พ.ศ. เป็นต้นไป พร้อมทั้งให้ชำระเงินค่าธรรมเนียมสมัครสมาชิก จำนวน ๓๕ บาท ด้วย () ไม่รับเป็นสมาชิกกลุ่มฯ ด้วยเหตุผล

ลายมือชื่อ ประธานกลุ่มฯ หรือ กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

()