



คำขอรับทุนสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์การยางแห่งประเทศไทย จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่สมาชิก.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

โทรศัพท์ (มือถือ).....เป็นสมาชิกสหกรณ์ ตั้งแต่วันที่.....

นับถึงวันสุดท้ายที่เป็นผู้ป่วยใน มีอายุการเป็นสมาชิกติดต่อกัน.....ปี.....เดือน

ข้าพเจ้าป่วยเป็นโรค.....เข้ารับการ

รักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

เป็นเวลา.....วัน ณ โรงพยาบาล.....ตั้งอยู่เลขที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้าขอรับทุนสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของสมาชิก ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์การยางแห่งประเทศไทย จำกัด ว่าด้วยทุนสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของสมาชิก พ.ศ. 2567 เป็นเงิน.....บาท (.....) พร้อมนี้ ได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

(1) ใบเสร็จรับเงินหรือสำเนาใบเสร็จรับเงินหรือใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบแจ้งหนี้ จำนวน ฉบับ หรือใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาใบรับรองแพทย์ หรือ

(2) หลักฐานอื่นที่สถานพยาบาลให้ความเห็นว่าผู้ขอรับทุนสวัสดิการได้เข้ารับ จำนวน ฉบับ การรักษาเป็นผู้ป่วยใน

หมายเหตุ : หลักฐานประกอบคำขอรับทุนฯ ตาม (1) หรือ (2) ต้องระบุเวลาเข้า-ออก จากโรงพยาบาลที่ชัดเจน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและหลักฐานข้างต้นถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความใดเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ตัดสิทธิมิให้ได้รับทุนสวัสดิการตลอดไป หากได้รับเงินไปแล้วจะส่งคืนสหกรณ์ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสหกรณ์ หากไม่ส่งคืนภายในกำหนดข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์หักเงินปันผลหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากสหกรณ์ส่งใช้คืนจนครบถ้วน

เมื่อได้รับทุนฯ แล้ว ข้าพเจ้าขอให้สหกรณ์ฯ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับสหกรณ์ ได้แก่ เงินฝากออมทรัพย์ บัญชีเลขที่.....

เงินฝากออมทรัพย์-เพื่อทำธุรกรรมผ่านอิเล็กทรอนิกส์ บัญชีเลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน สวัสดิการ
(.....)

ลงชื่อ.....ตัวแทนสมาชิก
(.....)



หนังสือแสดงความยินยอม (Consent Form)
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวอายุ ปี

“ให้” ความยินยอม “ไม่ให้” ความยินยอม

แก่สหกรณ์ออมทรัพย์การยางแห่งประเทศไทย จำกัด (“สหกรณ์ฯ”) ในการ เก็บรวบรวม / ใช้ / เปิดเผย เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่

- ชื่อ-สกุล
- สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ
- ใบเสร็จรับเงิน หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล
- ใบแจ้งหนี้ หรือสำเนาใบแจ้งหนี้
- ใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาใบรับรองแพทย์
- อื่นๆ

วัตถุประสงค์ในการขอความยินยอม เพื่อ

- ขอรับทุนสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
- อื่นๆ

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

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และสหกรณ์ฯได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิ ตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับสหกรณ์ฯ ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้ (ระบุผลกระทบจากการถอนความยินยอม เช่น ข้าพเจ้าอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือไม่สามารถเข้าถึงฟังก์ชันการใช้งานบางอย่างได้ เป็นต้น) และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....
(.....)