



สหกรณ์อิสลามปัตตานี จำกัด

72 ม. 7 ถ.ยะรัง ต.ตะลุโบะ อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000 โทร.073-348541 แฟกซ์ 073-331960

THE ISLAMIC CO-OPERATIVE OF PATTANI LIMITED .

เลขที่...../..... **ใบสมัครสมาชิกกองทุนตากาฟูลโกปราซี** (อายุไม่เกิน 63 ปี)
(ภาคบังคับ)
(สาขา.....) วัน.....เดือน.....พ.ศ.

(1) ชื่อผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว..... สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง
เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัดกลุ่มปลาวัด.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
หมายเลขโทรศัพท์..... อาชีพปัจจุบัน.....รายได้เดือนละ.....บาท
ชื่อบิดา..... ชื่อมารดา

(2) ชื่อผู้รับผลประโยชน์
 สามี ภรรยา ผู้รับผลประโยชน์ ระบุ..... ชื่อ - สกุล บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... วันเดือนปีเกิด.....
อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน..... หมายเลขโทรศัพท์.....

(3) จำนวนเงินหลักประกันกองทุนตากาฟูล เป็นเงิน 100 บาท

ลงชื่อผู้สมัคร.....
(.....)

คำรับรองของประธานกลุ่ม

ขอรับรองว่า ข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริง และเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อกำหนด ว่าด้วย
คุณสมบัติการรับสมาชิกกองทุนตากาฟูลของสหกรณ์อิสลามปัตตานี จำกัด และสามารถรับเป็นสมาชิกกองทุนตากาฟูลได้

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

หมายเหตุ เอกสารที่ต้องแนบพร้อมใบสมัคร

- สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร จำนวน 1 ชุด
- สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของสามี/ภรรยา หรือ ผู้รับผลประโยชน์ จำนวน 1 ชุด