



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

366 หมู่ที่ 2 ถนนชยางกูร ตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

Tel : 0-4545-1581 Fax : 0-4545-1508 www.supsasookamnat.com

เลขที่บัญชี.....

คำขอเปิดบัญชีเงินฝากประจำ(สหกรณ์อื่น)

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด ที่อยู่เลขที่.....หมู่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

มีความประสงค์จะขอฝากเงินประเภทประจำ ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

จำนวนเงินฝาก.....บาท (ตัวอักษร) (.....) โดยนำส่งเอง

พร้อมหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าได้มอบเงินฝากจำนวนที่ระบุไว้แล้วข้างบนแนบไว้ด้วย

ข้าพเจ้าได้รับและทราบระเบียบต่าง ๆ ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ว่าด้วยการรับเงินฝากประจำ พร้อมยินยอมรับผูกพันและปฏิบัติตามระเบียบที่กล่าวนั้นทุกประการ

(.....)

ลายมือชื่อผู้ฝาก

...../...../.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับฝาก

(.....)

ผู้จัดการ

ข้าพเจ้าได้รับสมุดคู่มือฝากเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลายมือชื่อผู้รับสมุด.....

ลงวันที่...../...../.....

ลายมือชื่อผู้จ่ายสมุด.....



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

366 หมู่ที่ 2 ถนนชยางกูร ตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

Tel : 0-4545-1581 Fax : 0-4545-1508 www.supsasookamnat.com

ตัวอย่างลายมือชื่อ เลขที่บัญชี.....

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง)

.....

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง)

.....

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง)

.....

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง)

.....

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง)

.....

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง)

.....

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง)

.....

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์