



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

AMNATCHAROEN PROVINCIAL HEALTH SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE LIMITED

366 ถนนชยางกูร อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ 37000 โทรศัพท์ 0-4545-1581 โทรสาร 0-4545-508

หนังสือให้ความยินยอมหักบัญชีเงินฝาก

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์ สสจ.อำนาจเจริญ จำกัด

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล

.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้ให้ความยินยอม” ทำหนังสือฉบับนี้ให้ไว้แก่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขา.....

ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ธนาคาร” เพื่อเป็นการแสดงเจตนา และยินยอม ให้ธนาคารมีสิทธิหักหรือถอนเงินฝากของผู้ให้ความยินยอม

ประเภท ออมทรัพย์ บัญชีเลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ / หรือบัญชีเงินฝากประเภทอื่น ๆ ที่มีอยู่กับธนาคารในเวลานี้ หรือในเวลาใดเวลาหนึ่ง ต่อไปนี้ในภายหน้า โดยไม่ต้องคำนึงว่าเงินฝากจะครบกำหนดเวลาถอนหรือไม่ และไม่ต้องแจ้งให้ผู้ให้ความยินยอมรับทราบ เพื่อนำเงินหักชำระหนี้ หรือถอนเอาไปชำระหนี้ภาระผูกพัน และ / หรือ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ดังนี้

- () ชำระหนี้รถยนต์
- () ชำระหนี้เงินต้น
- () ชำระดอกเบี้ย
- () ชำระอื่น ๆ.....

ผู้ให้ความยินยอมตกลงให้ความยินยอมตกลงให้ธนาคารใช้หนังสือยินยอมฉบับนี้ได้ตลอดไป จนกว่าผู้ให้ความยินยอมจะได้ชำระภาระผูกพัน และ / หรือ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

เสร็จสิ้นครบถ้วนแล้ว

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งความยินยอม ผู้ให้ความยินยอมจึงได้ลงลายมือชื่อให้ไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน ณ วัน เวลา เดือน ปี ที่ระบุไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)
(ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

ลงชื่อ.....ภรรยา/สามี ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....

ผู้รับมอบอำนาจลงนามสาขา (ประทับตราธนาคาร)