



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
366 หมู่ที่ 2 ถนนขยางกู ตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ
Tel : 0-4545-1581 Fax : 0-4545-1508 www.supsasookamnat.com

เลขที่บัญชี.....

คำขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวเลขทะเบียนที่.....

สังกัดหน่วยงาน.....เลขประจำตัวประชาชน ----

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....

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

มีความประสงค์จะขอฝากเงินประเภทออมทรัพย์กับสหกรณ์ฯ และประสงค์ () ให้หักจากเงินได้รายเดือนในทุกวันสิ้นเดือน เป็นจำนวนเงินเดือนละบาท หรือ () นำส่งเอง

ข้าพเจ้าได้รับทราบระเบียบของสหกรณ์ฯ ว่าด้วยการรับเงินฝากเงินจากสมาชิก พร้อมยินยอมรับผูกพัน และปฏิบัติตามระเบียบที่กล่าวนั้นทุกประการ

.....ลายมือชื่อผู้ฝาก

(.....)

.....เจ้าหน้าที่ผู้รับฝาก

.....ผู้จัดการ

(.....)

(.....)

ข้าพเจ้าได้รับสมุดคู่ฝากเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

.....ผู้รับสมุด

(.....)

วันที่.....



เลขที่รับ...../.....

วันที่.....

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
คำขอใช้บริการ KTB Coop-Online โดยใช้บัตรธนาคารกรุงไทย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นส.).....เลขประจำตัวสมาชิก

มีประสงค์ขอใช้บริการ KTB Coop-Online โดยใช้บัตร ธนาคารกรุงไทย เพื่อใช้บริการถอนเงิน โอนเงิน ระหว่างบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าที่

มีต่อสหกรณ์ประเภทเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่บัญชี - - ประสงค์จะใช้บริการในวงเงิน

.....บาท (.....) (ระบุได้ไม่เกิน 100,000 บาท) กับบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย

ซึ่งเป็นชื่อบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าเลขที่บัญชี - - - และยินยอมให้ธนาคารหัก

ค่าธรรมเนียมรายการดังกล่าว พร้อมจะปฏิบัติตามเงื่อนไขทุกประการ

ลงชื่อสมาชิกผู้ทำข้อตกลง

(.....)

ลงชื่อพยานสมาชิก

(.....)

โปรดแนบเอกสารประกอบพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์(เล่มแดง)(ถ้ามี)
- สำเนาหน้าบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย

ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว	ได้บันทึกข้อมูลแล้ว	อนุมัติขอใช้บริการ
.....ผู้ตรวจสอบผู้บันทึกข้อมูลประธาน
วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

เลขที่บัญชี.....

1.	ตัวอย่างลายมือชื่อ.....
2.	ตัวอย่างลายมือชื่อ.....

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง).....

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

(.....)



	สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด AMNATCHAROEN PUBLIC HEALTH SAVINGS COOPERATIVE LIMITED LTD. สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ถนนราชครู อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ ๓๖๐๐๐ โทร. ๐-๔๕๔๕-๑๕๕๑, ๐-๔๕๔๕-๑๕๐๘ Amnatcharoen Health Saving Cooperative Ltd. Chayangkoon Road, Mueang Amnatcharoen Province Thailand Phone : 0-4545-1551, 0-4545-1508	
วันที่	รับฝากเงิน DEPOSIT SLIP	
ประเภทบัญชี	ออมทรัพย์พิเศษ	รายการฝาก
	ฝากประจำ	เงินสด
		เช็ค
ชื่อบัญชี Account Name		เลขที่บัญชี Account Number
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร Amount word		จำนวนเงินเป็นตัวเลข Amount in Number
เงินสด		
coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop		
เช็ค	หมายเลขเช็ค Chrqe No.	ชื่อธนาคาร/สาขา Bank Branch
		จำนวนเงิน Amount
	จำนวนเงินเป็นตัวอักษร Amount word	ลายมือชื่อผู้ฝาก/โทรศัพท์
ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่รับฝาก	ลายมือชื่อ ผู้จัดการ	