



# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

AMNATCHAROEN PROVINCIAL HEALTH SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE LIMITED

819 หมู่ 16 ถนนสุขาภิบาล 1 ต.มุง อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ 37000 โทรศัพท์ 081-579-1868

819 moo.16 Bung Meung Amnatcharoen 37000 Tel : 081-579-1868 ://www.supsasook.amnat.com

เลขที่บัญชี .....

## คำขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ (ออมดี มีสุข)

วันที่ .....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... สกุล .....

สมาชิกเลขทะเบียนที่ ..... สังกัดหน่วยงาน โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ .....

เลขที่บัตรประชาชน .....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

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

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก .....

มีความประสงค์จะขอเปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์พิเศษ ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

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

( ) และให้ทางสหกรณ์ฯ หักจากเงินได้รายเดือนในทุกวันสิ้นเดือน เป็นจำนวนเงินเดือนละ ..... บาท

พร้อมหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ามอบเงินฝากจำนวนที่ระบุไว้แล้วข้างบน แนบไว้ด้วย

ข้าพเจ้าได้รับและทราบระเบียบต่างๆ ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ว่าด้วยการ  
รับเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ พร้อมยินยอมรับผูกพันและปฏิบัติตามระเบียบที่กล่าวนั้นทุกประการ

(.....)

ลายมือชื่อผู้ฝาก

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

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับฝาก

(.....)

ผู้จัดการ

ข้าพเจ้าได้รับสมุดคู่มือเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลายมือชื่อผู้รับสมุด .....

ลงวันที่ ...../...../.....

ลายมือชื่อผู้จ่ายสมุด .....

หมายเหตุ : ชื่อบัญชี "สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด" เลขที่บัญชี 981-6-03159-0

ธนาคารกรุงไทย สาขา หน้าศูนย์ราชการ