



สหกรณ์อหิรยสาธาณสขจังหวดอำนาจเจริญ จํกต  
366 หมู่ที่ 2 ถนนชยงกรู ตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ  
Tel : 0-4545-1581 Fax : 0-4545-1508 www.supsasookamnat.com

เลขที่บัญชี.....

## คำขอเปิดบัญชีเงินฝากอหิรย

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์อหิรยสาธาณสขจังหวดอำนาจเจริญ จํกต

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....เลขทะเบียนที่.....  
สังกัดหน่วยงาน.....เลขประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□-□□-□  
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....  
มีความประสงค์จะขอฝากเงินประเภทอหิรยกับสหกรณ์ฯ และประสงค์ ( ) ให้หักจากเงินได้รายเดือนในทุกวันสิ้นเดือน  
เป็นจำนวนเงินเดือนละ .....บาท หรือ ( ) นำส่งเอง  
ข้าพเจ้าได้รับทราบระเบียบของสหกรณ์ฯ ว่าด้วยการรับเงินฝากเงินจากสมาชิก พร้อมยินยอมรับผูกพัน  
และปฏิบัติตามระเบียบที่กล่าวนั้นทุกประการ

.....ลายมือชื่อผู้ฝาก  
(.....)

.....เจ้าหน้าที่ผู้รับฝาก  
(.....)

.....ผู้จัดการ  
(.....)

ข้าพเจ้าได้รับสมุดคู่ฝากเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

.....ผู้รับสมุด  
(.....)

วันที่.....



เลขที่รับ...../.....

วันที่.....

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด  
คำขอใช้บริการ KTB Coop-Online โดยใช้บัตรธนาคารกรุงไทยฯ

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

มีประสงค์ขอใช้บริการ KTB Coop-Online โดยใช้บัตรธนาคารกรุงไทยฯ เพื่อใช้บริการถอนเงิน โอนเงิน ระหว่างบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าที่มีต่อสหกรณ์ประเภทเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่บัญชี   -      -  ประสงค์จะใช้บริการในวงเงิน.....บาท (.....) (ระบุได้ไม่เกิน 100,000 บาท) กับบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทยฯ

ซึ่งเป็นชื่อบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าเลขที่บัญชี    -  -      -  และยินยอมให้ธนาคารหักค่าธรรมเนียมรายการดังกล่าว พร้อมจะปฏิบัติตามเงื่อนไขทุกประการ

ลงชื่อ .....สมาชิกผู้ทำข้อตกลง  
(.....)

ลงชื่อ .....พยานสมาชิก  
(.....)

โปรดแนบเอกสารประกอบพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาน้ำสมุดบัญชีออมทรัพย์(เล่มแดง)(ถ้ามี)
- สำเนาน้ำบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทยฯ

ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว	ได้บันทึกข้อมูลแล้ว	อนุมัติขอใช้บริการ
.....ผู้ตรวจสอบ วันที่.....	.....ผู้บันทึกข้อมูล วันที่.....	.....ประธาน วันที่.....



# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด


เลขที่บัญชี.....

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

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง).....

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์  
(.....)



		<b>สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด</b> <b>AMNATCHAROEN PUBLIC HEALTH SAVINGS COOPERATIVE LIMITED LTD.</b> สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ถนนชยางกูร อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ 37000 โทร. 0-4545-1581, 0-4545-1508 Amnatcharoen Health Saving Cooperative Ltd. Chayangkoon Road, Meung Amnatcharoen Province Thailand Phone : 0-4545-1581, 0-4545-1508	
วันที่ .....	ใบรับฝากเงิน DEPOSIT SLIP		
ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์พิเศษ	รายการฝาก <input type="checkbox"/> เงินสด		
<input type="checkbox"/> ฝากประจำ	<input type="checkbox"/> เช็ค		
ชื่อบัญชี Account Name <input type="text"/>		เลขที่บัญชี Account Number <input type="text"/>	
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร Amount word เงินสด <input type="text"/>		จำนวนเงินเป็นตัวเลข Amount in Number <input type="text"/>	
coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop coop			
เช็ค	หมายเลขเช็ค Chrqe No. <input type="text"/>	ชื่อธนาคาร/สาขา Bank Branch <input type="text"/>	จำนวนเงิน Amount <input type="text"/>
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร Amount word <input type="text"/>		ลายมือชื่อผู้นำฝาก/โทรศัพท์ <input type="text"/>	
ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่รับฝาก <input type="text"/>		ลายมือชื่อ ผู้จัดการ <input type="text"/>	