



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

AMNATCHAROEN PROVINCIAL HEALTH SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE LIMITED

366 ถนนชยางกูร อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ 37000 โทรศัพท์ 0-4545-1581 โทรสาร 0-4545-1508 www.supsasookamnat.com

366 Changagoon road, Meung Amnatcharoen37000 Tel : 0-4545-1581 Fax : 0-4545-1508 www.supsasookamnat.com

หนังสือให้ความยินยอมหักบัญชีเงินฝาก

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

วันที่

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

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

ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้ให้ความยินยอม” ทำหนังสือฉบับนี้ให้ไว้แก่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขา

ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ธนาคาร” เพื่อเป็นการแสดงเจตนาและยินยอมให้ธนาคารมีสิทธิหักเงินหรือถอนเงินฝากของผู้ให้ความยินยอม

ประเภท ออมทรัพย์ บัญชีเลขที่

และ/หรือบัญชีเงินฝากประเภทอื่น ๆ ที่มีอยู่กับธนาคารในเวลานี้ หรือในเวลาใดเวลาหนึ่งต่อไปในภายหน้า โดยไม่ต้องคำนึงว่าเงินฝากจะครบกำหนดเวลาถอนหรือไม่ และไม่ต้องแจ้งให้ผู้ให้ความยินยอมรับทราบ เพื่อนำเงินหักชำระหนี้ หรือถอนเอาไปชำระหนี้ภาระผูกพันและ/หรือค่าใช้จ่ายต่างๆ ดังนี้

() ชำระหนี้รถยนต์

() ชำระหนี้เงินต้น

() ชำระดอกเบี้ย

() ชำระอื่นๆ

ผู้ให้ความยินยอมตกลงให้ความยินยอมตกลงให้ธนาคารใช้หนังสือยินยอมฉบับนี้ได้ตลอดไป จนกว่าผู้ให้ความยินยอมจะได้ชำระภาระผูกพันและ/หรือค่าใช้จ่ายต่างๆ ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด เสร็จสิ้นครบถ้วนแล้ว

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งความยินยอม ผู้ให้ความยินยอมจึงได้ลงลายมือชื่อให้ไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน ณ วัน เวลา เดือน ปี ที่ระบุไว้ข้างต้น

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

ลงชื่อภรรยา/สามี ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อพยาน

(.....)

ลงชื่อ

ผู้รับมอบอำนาจลงนามสาขา (ประทับตราธนาคาร)