



# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

AMNATCHAROEN PROVINCIAL HEALTH SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE LIMITED

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

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

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

เรื่อง บันทึกรายการฝากเงินฝากบัญชีสหกรณ์ ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ของธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัวสมาชิก .....สังกัด/หน่วย .....

ได้ประสงค์ขอใช้บริการ KTB Coop-Online โดยใช้บัตรธนาคารกรุงไทยฯ เพื่อใช้บริการถอนเงินโอนเงิน ระหว่าง

บัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าที่มีต่อสหกรณ์ประเภทเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่บัญชี  -  -

กับบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขา .....

เลขที่บัญชี -- -  ขอทำบันทึกรายการฝากเงินฝากบัญชีสหกรณ์ ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ของธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ดังนี้

1. ขอทำบันทึกรายการฝากเงินฝากบัญชีสหกรณ์ ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ของธนาคารกรุงไทยฯ เป็นวงเงิน .....บาทต่อวัน (.....). ตั้งแต่วันที่ .....

2. ขอเปลี่ยนแปลงรายการฝากเงินฝากบัญชีสหกรณ์ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ของธนาคารกรุงไทยฯ จากวงเงินไม่เกิน 100,000 บาท/วัน เป็นวงเงิน.....บาทต่อวัน (.....). ตั้งแต่วันที่ .....

3. ขอยกเลิกรายการฝากเงินฝากบัญชีสหกรณ์ ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ของธนาคารกรุงไทยฯ ตั้งแต่วันที่ .....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ .....สมาชิก/เจ้าของบัญชี  
(.....)

ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว .....ผู้ตรวจสอบ วันที่ .....	ได้บันทึกข้อความแล้ว .....ผู้บันทึกข้อมูล วันที่ .....	<input type="radio"/> อนุมัติข้อตกลง .....ประธาน วันที่ .....
--	--	---