



# 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 .....

## คำขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์

วันที่ .....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... เลขทะเบียนที่.....

สังกัดหน่วยงาน .....เลขที่บัตรประชาชน ---

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

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

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก .....

มีความประสงค์จะขอเปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์กับสหกรณ์ และประสงค์ ( ) หักเงินได้รายเดือนในทุกวันสิ้นเดือน

เป็นจำนวนเดือนละ .....บาท หรือ ( ) นำส่งเอง

ข้าพเจ้าได้รับและทราบระเบียบของสหกรณ์ฯ ว่าด้วยการรับฝากเงินจากสมาชิก พร้อมยินยอมรับผูกพันต่างๆ และปฏิบัติตามระเบียบที่กล่าวนั้นทุกประการ

(.....)

ลายมือชื่อผู้ฝาก

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

..... เจ้าหน้าที่ผู้รับฝาก

..... ผู้จัดการ

(.....)

(.....)

ข้าพเจ้าได้รับสมุดคู่มือเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลายมือชื่อผู้รับสมุด .....

ลงวันที่ ...../...../.....

ลายมือชื่อผู้จ่ายสมุด .....





สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ตัวอย่างลายมือชื่อ

เลขที่บัญชี .....


ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง) .....

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์