



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

เลขที่บัญชี

คำขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ

วันที่

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวเลขทะเบียนที่.....

สังกัดหน่วยงานเลขที่บัตรประชาชน ----

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ถนนตำบล

อำเภอจังหวัดรหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

มีความประสงค์จะขอเปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์พิเศษ ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

จำนวนเงินฝากบาท (ตัวอักษร) (.....) โดยนำส่งเอง

() และให้ทางสหกรณ์ฯ หักจากเงินได้รายเดือนในทุกวันสิ้นเดือน เป็นจำนวนเดือนละบาท

ข้าพเจ้าได้รับและทราบระเบียบต่างๆ ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ว่าด้วยการรับเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ พร้อมยินยอมรับผูกพันและปฏิบัติตามระเบียบที่กล่าวนั้นทุกประการ

(.....)

ลายมือชื่อผู้ฝาก

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

..... เจ้าหน้าที่ผู้รับฝาก

..... ผู้จัดการ

(.....)

(.....)

ข้าพเจ้าได้รับสมุดคู่มือเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลายมือชื่อผู้รับสมุด

ลงวันที่/...../.....

ลายมือชื่อผู้จ่ายสมุด



สทรณอมทรพยศาสตรวมชุมจังหวฒอนางเจรญ จรกค

ตัวอยางลายมือชือ

เลขที่บัญญัติ

ชือ - สกุล (ตัวบรรจง)

.....เจ้ำหน้าทีสทรณ