



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 (โครงการระดมเงินฝากรายเดือนเพื่ออนาคต ปี 2565)

วันที่

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวสกุล

สมาชิกเลขทะเบียนที่สังกัดหน่วยงาน โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ถนนตำบล

อำเภอจังหวัดรหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก มีความประสงค์ขอเข้าร่วม

โครงการระดมเงินฝากรายเดือนเพื่ออนาคต ประจำปี 2565 กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

โดย () นำส่งเองหรือโอนให้ทางสหกรณ์ฯ ภายในวันที่ 15 ของทุกเดือน เป็นจำนวนเงินเดือนละ บาท

() หรือฝากครั้งเดียว เป็นจำนวนบาท (ตัวอักษร) (.....)

พร้อมหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ามอบเงินฝากจำนวนที่ระบุไว้แล้วข้างบน แนบไปด้วย

ข้าพเจ้าได้รับและทราบระเบียบต่างๆ ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ว่าด้วยการ

รับเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ พร้อมยินยอมรับผูกพันและปฏิบัติตามระเบียบที่กล่าวนั้นทุกประการ

(.....)

ลายมือชื่อผู้ฝาก

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

(.....)

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับฝาก

ผู้จัดการ

ข้าพเจ้าได้รับสมุดคู่มือเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลายมือชื่อผู้รับสมุด

ลงวันที่/...../.....

ลายมือชื่อผู้จ่ายสมุด

หมายเหตุ : ชื่อบัญชี "สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด" เลขที่บัญชี 981-6-03159-0

ธนาคารกรุงไทย สาขา หน้าศูนย์ราชการ



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ตัวอย่างลายมือชื่อ

เลขที่บัญชี

ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง)

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์