



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

วันที่ เดือน พ.ศ.....

เรื่อง บันทึกรายการถอนเงินฝากบัญชีสหกรณ์ ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ของธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้าเลขประจำตัวสมาชิกสังกัด/หน่วย

ได้ประสงค์ขอใช้บริการ KTB Coop-Online โดยใช้บัตรธนาคารกรุงไทยฯ เพื่อใช้บริการถอนเงินโอนเงิน ระหว่าง

บัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าที่มีต่อสหกรณ์ประเภทเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่บัญชี - -

กับบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขา

เลขที่บัญชี -- - ขอทำบันทึกข้อตกลงเงินฝากบัญชีบัญชีสหกรณ์ ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ของธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ดังนี้

1. ขอทำบันทึกข้อตกลงเงินฝากบัญชีสหกรณ์ ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ของธนาคารกรุงไทยฯ เป็นวงเงินบาทต่อวัน (.....). ตั้งแต่วันที่

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

3. ขอยกเลิกข้อตกลงเงินฝากบัญชีสหกรณ์ ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ของธนาคารกรุงไทยฯ ตั้งแต่วันที่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อสมาชิก/เจ้าของบัญชี

(.....)

ได้บันทึกข้อความแล้วผู้บันทึกข้อมูล วันที่	ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้วผู้ตรวจสอบ วันที่	<input type="radio"/> อนุมัติข้อตกลงประธาน วันที่
--	--	---