



คำขอเปิดบัญชีเงินฝากสินทวี



วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์เครือข่ายโรงพยาบาลพญาไทและเปาโล จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

เป็นพนักงานสังกัดโรงพยาบาลพญาไท/เปาโล.....แผนก.....

ตำแหน่ง.....เบอร์มือถือ.....Email.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

มีความประสงค์ขอเปิดบัญชีเงินฝากสินทวี

ระยะเวลา 24 เดือน (ฝากได้สูงสุดไม่เกิน 20,000 บาท ต่อเดือน)

ระยะเวลา 36 เดือน (ฝากได้สูงสุดไม่เกิน 15,000 บาท ต่อเดือน)

ระยะเวลา 48 เดือน (ฝากได้สูงสุดไม่เกิน 10,000 บาท ต่อเดือน)

เป็นจำนวนเงิน.....บาท/เดือน (.....)

โดยให้หักเงินทุกเดือนจาก บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ของข้าพเจ้าเลขที่.....

ข้าพเจ้าได้ทราบข้อความและเงื่อนไขในการเปิดบัญชีเงินฝากสินทวี ของสหกรณ์ (ระบุด้านหลัง) แล้ว

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมผูกพันและปฏิบัติตามข้อความและเงื่อนไขทุกประการ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบคำขอเปิดบัญชีถูกต้องแล้ว

บัญชีเลขที่.....

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่)

(.....)

ลงชื่อ.....(ผู้อนุมัติ)

(.....)

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สมาชิกผู้ฝาก



ใบถอนเงินเพื่อเปิดบัญชีเงินฝากสินทวี

สหกรณ์ออมทรัพย์เครือข่ายโรงพยาบาลพญาไทและเปาโล จำกัด

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์.....

เพื่อ โอนเข้าฝากบัญชีเงินฝากสินทวีของข้าพเจ้า

จำนวนเงินที่ถอน.....บาท (.....)

.....(ลงชื่อเจ้าของบัญชี)

.....(ลงชื่อเจ้าหน้าที่สหกรณ์)