



# สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

อาคารศรียานนท์ โรงพยาบาลตำรวจ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร : 0-2251-1070 , 0-2652-5152

## ใบถอนเงินผ่านโทรสาร

( กรุณาแจ้งก่อน 10.30 น. )

เวลาแฟกซ์.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด (สอ.รพ.)

ด้วยข้าพเจ้า.....สมาชิก สอ.รพ.

เลขที่สมาชิก.....มีความประสงค์จะถอนเงินจากบัญชีออมทรัพย์พิเศษ เลขที่บัญชี

..... เป็นจำนวนเงิน.....บาท

(.....)

โดยวิธี  ปกติ

บาทเนต ( มีค่าใช้จ่าย 250 บาท ต้องแจ้งก่อน 10.30 น. )

โดยให้โอนเงินเข้าบัญชีเลขที่.....ธนาคาร..... ซึ่งเป็น

บัญชีที่ข้าพเจ้าให้ข้อมูลไว้เพื่อใช้บริการถอนเงินผ่านโทรสาร

เลขบัตรประชาชน.....

ลงชื่อ .....

(.....)

เบอร์โทรศัพท์.....

## สำหรับเจ้าหน้าที่

.....  
.....

ผู้บันทึกข้อมูล	ผู้ตรวจสอบลายมือชื่อและเลขที่บัญชี	ผู้อนุมัติ
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....