



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

Police General Hospital Saving and Credit Co-operative Limited

492/1 อาคารศรียานนท์ ชั้น 1 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-2511070 , 02-6525152

โทรสาร 02-6525330

website : www.policehospital-coop.com

email : info@policehospital-coop.com

ใบถอนเงินฝากออมทรัพย์ระหว่างสหกรณ์

(กรุณาแจ้งก่อนเวลา 10.30 น.)

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

ข้าพเจ้า และ

ผู้มีอำนาจลงนามของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

มีความประสงค์ที่จะถอนเงินจากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ระหว่างสหกรณ์ เลขที่บัญชี.....

เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)

ที่ฝากไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

โดยให้โอนเงินเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

ธนาคาร..... สาขา เลขที่บัญชี

ซึ่งเป็นบัญชีที่ข้าพเจ้าให้ข้อมูลไว้เพื่อใช้บริการถอนเงิน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้มีอำนาจลงนาม

ตราประทับสหกรณ์

หมายเหตุ 1. ถอนเงินได้ทุกวันทำการ สูงสุดได้ไม่เกิน 10,000,000 บาท/วัน โดยแจ้งใบถอนเงินก่อนเวลา 10.30 น.

2. กรณี ถอนเงินเกิน 10,000,000 บาท/วัน ต้องแจ้งใบถอนเงินล่วงหน้า 1 วันทำการ (แจ้งก่อนเวลา 14.00 น.)

3. กรณี ถอนเงินเกิน 100,000,000 บาท/วัน ต้องแจ้งใบถอนเงินล่วงหน้า 2 วันทำการ (แจ้งก่อนเวลา 14.00 น.)