



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

คำขอเปิดบัญชี

โครงการเงินฝากออมทรัพย์ระหว่างสหกรณ์

บัญชีเลขที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง

และ..... ตำแหน่ง

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีอำนาจลงนาม/ผู้รับมอบอำนาจของสหกรณ์ออมทรัพย์.....

.....จำกัด ซึ่งมีมติที่จะใช้บริการเงินฝากของสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

มีความประสงค์ที่จะเปิดบัญชีโครงการเงินฝากออมทรัพย์ระหว่างสหกรณ์ จำนวนเงินที่เปิดบัญชี.....

.....บาท (.....)

ทั้งนี้ หากข้าพเจ้ามีความประสงค์จะถอนเงินฝากจากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ดังกล่าว ขอให้สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด โอนเงินเข้าบัญชีของสหกรณ์ออมทรัพย์.....

.....จำกัด ธนาคาร..... สาขา.....

เลขที่บัญชี..... โดยสหกรณ์ฯ ได้แนบเอกสารลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม เงื่อนไขการลงนาม

และสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ดังกล่าวมาพร้อมกับใบสมัครฉบับนี้ด้วย

ตราประทับสหกรณ์

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

ผู้มีอำนาจลงนาม



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

เอกสารลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม

ชื่อสหกรณ์

.....

ผู้มีอำนาจลงนามและลายมือชื่อ (1)

.....

(.....)

ตำแหน่ง

ผู้มีอำนาจลงนามและลายมือชื่อ (2)

.....

(.....)

ตำแหน่ง

ผู้มีอำนาจลงนามและลายมือชื่อ (3)

.....

(.....)

ตำแหน่ง

ผู้มีอำนาจลงนามและลายมือชื่อ (4)

.....

(.....)

ตำแหน่ง

ผู้มีอำนาจลงนามและลายมือชื่อ (5)

.....

(.....)

ตำแหน่ง

ผู้มีอำนาจลงนามและลายมือชื่อ (6)

.....

(.....)

ตำแหน่ง



เงื่อนไขการลงนาม / การสั่งจ่ายเงิน

.....

.....