



บัญชีเงินฝากเลขที่.....

### หนังสือขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....เลขทะเบียน.....

หน่วยงาน.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ มือถือ.....ที่ทำงาน.....

มีความประสงค์ขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ กับสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด มีรายละเอียดดังนี้

- ชื่อเจ้าของบัญชี.....  
ชื่อบัญชี.....
- ผู้มีอำนาจถอนเงิน

ตัวอย่างลายมือชื่อ	ตัวอย่างลายมือชื่อ
1..... (.....)	2..... (.....)
3..... (.....)	4..... (.....)

#### เงื่อนไขการถอนเงิน :-

- เช่นสั่งจ่ายแต่เพียงผู้เดียว       เช่นสั่งจ่าย.....ท่าน ใน.....ท่าน
- เจ้าของบัญชีเช่นสั่งจ่ายร่วมกับผู้มีอำนาจถอนเงินอีก.....ท่าน รวมเป็น.....ท่าน
- ในกรณีปิดบัญชี เจ้าของบัญชีต้องเซ็นปิดบัญชีร่วมกับผู้มีอำนาจถอนเงินอีก.....ท่าน รวมเป็น.....ท่าน

- เอกสารประกอบการเปิดบัญชี       สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน       สำเนาทะเบียนบ้าน

ข้าพเจ้าได้ทราบข้อความและเงื่อนไขในระเบียบและประกาศของสหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด แล้ว ข้าพเจ้าตกลงยินยอมผูกพันและปฏิบัติตามข้อความและเงื่อนไขดังกล่าวและเงื่อนไขที่สหกรณ์ฯ จะกำหนดขึ้นในอนาคตทุกประการ หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามข้อความและเงื่อนไขดังกล่าวจนเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายใดๆ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเปิดบัญชี  
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่	ความเห็นผู้มีอำนาจอนุมัติ ( ) อนุมัติ ( ) อื่น ๆ
.....	.....ผู้จัดการ
เจ้าหน้าที่การเงิน	หัวหน้าฝ่ายการเงิน
	วันที่.....