



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

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

ใบถอนเงิน

(กรุณาแจ้งก่อน 10.30 น.)

เวลาส่ง.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด (สอ.รพ.)

ด้วยข้าพเจ้า..... สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

เลขที่สมาชิก..... มีความประสงค์จะถอนเงินจากบัญชีออมทรัพย์พิเศษ เลขที่บัญชี.....

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

โดยวิธี

☐ ปกติ

☐ บาทเนต (มีค่าใช้จ่าย 250 บาท **ต้องแจ้งก่อน 10.30 น.**)

โดยให้โอนเงินเข้าบัญชีเลขที่.....ธนาคาร.....

ซึ่งเป็นบัญชีที่ข้าพเจ้าให้ข้อมูลไว้เพื่อใช้บริการถอนเงิน

เลขบัตรประชาชน.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อ

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

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