



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

ใบถอนเงินฝากประจำระหว่างสหกรณ์

(กรุณาแจ้งก่อนเวลา 10.30 น.)

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

ข้าพเจ้า และ

ผู้มีอำนาจลงนามของสหกรณ์ออมทรัพย์ จำกัด

มีความประสงค์ที่จะขอปิดบัญชีเงินฝากประจำระหว่างสหกรณ์ ชื่อบัญชี

..... เลขที่บัญชี

จำนวนเงิน บาท (.....)

พร้อมดอกเบี้ย ที่ฝากไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

โดยโอนเงินเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ จำกัด

ธนาคาร..... สาขา เลขที่บัญชี

ซึ่งเป็นบัญชีที่ข้าพเจ้าให้ข้อมูลไว้เพื่อใช้บริการถอนเงิน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้มีอำนาจลงนาม

ตราประทับสหกรณ์