



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

ข้าพเจ้า(ผู้ทำธุรกรรม)ยศชื่อ.....นามสกุล.....

(เพศ) ☐ชาย ☐หญิง (สัญชาติ) ☐ไทย ☐อื่น..... (สถานภาพ) ☐โสด ☐สมรส ☐หย่าร้าง ☐อื่นๆ

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เลขที่บัตรข้าราชการ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

วัตถุประสงค์ในการทำธุรกรรม.....

ประวัติการทำตามผิดตามกฎหมายการฟอกเงิน ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมานับตั้งแต่วันที่สมัครสมาชิก.....

สถานที่ทำงาน(หน่วยงาน).....ที่อยู่เลขที่.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

ข้าพเจ้าได้ทราบข้อความในข้อบังคับและระเบียบของ สอ.รพ. โดยตลอดแล้วและเห็นชอบ
ในวัตถุประสงค์ของ สอ.รพ. จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญของ สอ.รพ. โดยจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ
และมติของสอ.รพ. ทุกประการ และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ปรากฏข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ข้อ 1 ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี (วันเดือนปีเกิด.....)

ข้อ 2 ข้าพเจ้าเป็นข้าราชการหรือทำงานประจำในตำแหน่ง.....

แผนก/งาน.....กองกำกับการ.....กองบังคับการ.....

ได้รับเงินเดือน.....บาท รายได้อื่นๆ.....บาท

ข้อ 3 ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์ออมทรัพย์อื่น

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนง ส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ฯ

ในอัตราเดือนละ.....บาท (มูลค่าหุ้น หุ้นละ 10.- บาท)

ข้อ 5 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงิน
ได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบจากสหกรณ์ฯ โปรดหักเงินค่าหุ้นรายเดือน และเงินงวดชำระหนี้
ซึ่งข้าพเจ้าต้องนำส่งต่อสหกรณ์ฯ นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่ายเพื่อส่งต่อสหกรณ์ฯ

ข้อ 6 ข้าพเจ้าสัญญาว่า /

ข้อ 6 ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับ ต่อสหกรณ์ฯ ให้เสร็จภายในวันที่ ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนด การชำระจำนวนเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอม และขอรับรองให้ปฏิบัติตามความในข้อความในข้อ 5 ด้วย

ข้อ 7 ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและมติของสหกรณ์ทุกประการ

เอกสารประกอบในการสมัครสมาชิก พร้อมรับรองสำเนา ดังนี้

- | | |
|--|-------------|
| ☐ สำเนาบัตรข้าราชการ | จำนวน 3 ชุด |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน 1 ชุด |
| ☐ สลิปเงินเดือน เดือนที่ยื่นสมัคร | จำนวน 1 ชุด |
| ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย | จำนวน 3 ชุด |
| ☐ รูปถ่ายหน้าตรง (หรือรูปข้าราชการ) | จำนวน 1 รูป |

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกสหกรณ์ฯ

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อมูล ซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ฯ และสมควรรับเข้าเป็น สมาชิกของสหกรณ์ฯ ได้

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

ผู้บันทึกข้อมูล	ผู้ตรวจสอบลายมือชื่อและเลขที่บัญชี	ผู้อนุมัติ
ลงชื่อ..... ลงวันที่/...../.....	ลงชื่อ..... ลงวันที่/...../.....	ลงชื่อ..... ลงวันที่/...../.....

หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงค์ตั้งผู้รับประโยชน์ของข้าพเจ้าไว้ต่อ สอ.รพ. ความประสงค์ให้ สอ.รพ. จ่ายเงินค่าหุ้น เงินรับฝาก เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน และดอกเบี้ย รวมทั้งบรรดาทรัพย์สินอื่นใด ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับตามสิทธิของการเป็นสมาชิกของ สอ.รพ. แล้วแต่กรณีภายหลังจากที่ สอ.รพ. ได้หักชำระหนี้สินทั้งปวงที่ข้าพเจ้ามีอยู่ที่ สอ.รพ. ให้แก่ผู้รับโอนประโยชน์ของข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้

☐ ประสงค์ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

ลำดับที่ 1.เกี่ยวข้องกับ.....

☐ ที่อยู่เดียวกับข้าพเจ้า (กรณีมีที่อยู่เดียวกับสมาชิกไม่ต้องกรอกที่อยู่อีก) ☐ มีที่อยู่ดังนี้
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ลำดับที่ 2.เกี่ยวข้องกับ.....

☐ ที่อยู่เดียวกับข้าพเจ้า (กรณีมีที่อยู่เดียวกับสมาชิกไม่ต้องกรอกที่อยู่อีก) ☐ มีที่อยู่ดังนี้
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ลำดับที่ 3.เกี่ยวข้องกับ.....

☐ ที่อยู่เดียวกับข้าพเจ้า (กรณีมีที่อยู่เดียวกับสมาชิกไม่ต้องกรอกที่อยู่อีก) ☐ มีที่อยู่ดังนี้
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

กรณีรับรองทายาทไม่ครบทั้ง 3 ลำดับให้ขีดรายการที่เหลือทิ้งเพื่อป้องกันการเพิ่มเติม

โดยมีเงื่อนไข ดังนี้ (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

- ☐ 1. ให้จ่ายเงินทั้งหมดแก่ผู้รับโอนประโยชน์ที่ยังมีชีวิตในลำดับต้นก่อน
- ☐ 2. ให้จ่ายเงินแก่ผู้รับโอนประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามที่ระบุไว้ในสัดส่วนที่เท่ากัน
- ☐ 3. อื่น ๆ.....

☐ ไม่ประสงค์ตั้งผู้รับโอนประโยชน์

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



ทะเบียนสมาชิก

ยศ ชื่อ สกุล.....อายุ.....ปี
สมาชิกเลขทะเบียนที่.....รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ
ในการประชุมชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....
ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนครั้งแรก วันที่.....

ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ ทุกประการ
จึงได้ลงลายมือชื่อให้ไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยาน

ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

รายการตำแหน่งและสังกัด

วันที่	ตำแหน่งและสังกัด	หมายเหตุ	ลายมือเจ้าหน้าที่
ขณะแรกเข้า			

รายการเงินได้และเงินค่าหุ้นรายเดือน

วันที่	เงินได้รายเดือน รวม ทั้งเงินอุดหนุน (บาท)	เฉพาะ เงินอุดหนุน (บาท)	เงินค่าหุ้น รายเดือน (บาท)	หมายเหตุ	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่
ขณะแรกเข้า					

รายการตำบลที่อยู่

วันที่	ตำบลที่อยู่	หมายเหตุ	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่
ขณะแรกเข้า			

การออกจากสหกรณ์

ออกจากสหกรณ์เพราะเหตุ.....ตั้งแต่วันที่.....
 มติคณะกรรมการดำเนินการชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....
 สหกรณ์แจ้งให้ทราบตามหนังสือที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....
 (.....)

เลขานุการ



หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้สหกรณ์ออมทรัพย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รับราชการสังกัด.....ตำแหน่ง.....และเป็นสมาชิกสหกรณ์

ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....มีความประสงค์ให้ส่วนราชการหักเงิน

และส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์ที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับ กง.กบ.บก.อ.รพ.ตร. ดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงินเดือน ค่าจ้าง หรือ เงินบำนาญที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด แจกจ่ายในแต่ละเดือน เพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณีให้สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2. กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง และได้รับบำเหน็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงินจากเงินบำเหน็จที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด แจกจ่ายและส่งเงินจำนวนนั้นให้สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ หรือเงินบำเหน็จไม่ว่ากรณีใด เมื่อได้หักชำระหนี้แก่ทางราชการ (ถ้ามี) ยินยอมให้หักเงินดังกล่าวส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อ 4. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมทั้งหมดหรือบางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ มีข้อความตรงกัน ฉบับหนึ่งไว้ที่ กง.กบ.บก.อ.รพ.ตร. ฉบับที่สองไว้กับข้าพเจ้า และข้าพเจ้าได้สำเนาให้สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินชำระหนี้สหกรณ์ออมทรัพย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รับราชการสังกัด.....ตำแหน่ง.....และเป็นสมาชิกสหกรณ์

ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....มีความประสงค์ให้ส่วนราชการหักเงิน

และส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์ที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก จึงมีหนังสือให้ความยินยอมไว้กับ กง.กบ.บก.อ.รพ.ตร. ดังนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงินเดือน ค่าจ้าง หรือ เงินบำนาญที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด แจกในแต่ละเดือน เพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณีให้สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด แทนข้าพเจ้าทุกเดือน

ข้อ 2. กรณีข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง และได้รับบำเหน็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินหักเงินจากเงินบำเหน็จที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด แจกและส่งเงินจำนวนนั้นให้สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ หรือเงินบำเหน็จไม่ว่ากรณีใด เมื่อได้หักชำระหนี้แก่ทางราชการ (ถ้ามี) ยินยอมให้หักเงินดังกล่าวส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก

ข้อ 4. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอมทั้งหมดหรือบางส่วน เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ได้ตรวจสอบข้อความและถ้อยคำในหนังสือนี้ทั้งหมดแล้ว ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ มีข้อความตรงกัน ฉบับหนึ่งไว้ที่ กง.กบ.บก.อ.รพ.ตร. ฉบับที่สองไว้กับข้าพเจ้า และข้าพเจ้าได้สำเนาให้สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



ใบคำขอใช้บริการบัตรกรุงไทยสถาบัน/องค์กร ☐ แบบ AUTO-IPAC ☐ แบบ PRE-IPAC

หมายเหตุ: - หมายเลขบัตรกรุงไทยสถาบัน/องค์กร ที่ธนาคารออกให้ท่านล่วงหน้าจะมีผลบังคับใช้
ต่อเมื่อท่านได้ลงนามในใบคำขอเปิดบัญชีออมทรัพย์ และ/หรือบริการบัตรกรุงไทยสถาบัน/องค์กร
- ผู้ขอใช้บริการขอรับรองว่า ข้อมูลและรายละเอียดที่ผู้ขอใช้บริการได้ให้ไว้ในคำขอใช้บริการฯ ฉบับนี้ทั้งหมดถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

ข้อควรระวัง: 1. โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ตัวบรรจง และชัดเจนด้วยปากกาเท่านั้น
2. แนบสำเนาบัตรประชาชนหรือรับรองสำเนาถูกต้อง



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

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

บัญชีเลขที่.....

คำขอเปิดบัญชี

ประเภทเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ (Online) รหัส 17

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์ขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ (Online) รหัส 17 จำนวนเงินที่เปิดบัญชี

.....บาท (.....)

ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขของการฝาก/ถอนออมทรัพย์พิเศษ (Online) รหัส 17 ดังนี้

1. สมาชิกสามารถเปิดได้ 1 บัญชีเท่านั้น และเป็นบัญชีประเภทไม่มีสมุด (No book)
2. เปิดบัญชีขั้นต่ำ 1,000.00 บาท และกรณีเงินคงเหลือในบัญชีต่ำกว่า 1,000.00 บาท ไม่คิดดอกเบี้ย
3. คิดดอกเบี้ยคิดเป็นรายวัน และทบดอกเบี้ยทุกวันที่ 31 มี.ค. และ 30 ก.ย. ของทุกปี
4. สมาชิกต้องมีบัญชีธนาคารกรุงไทยและเปิดใช้บริการแอปพลิเคชัน Krungthai NEXT หรือบัญชีธนาคารกสิกรไทยและเปิดใช้บริการแอปพลิเคชัน K PLUS
 - โดยใช้คู่กับบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี.....สาขา.....
 - โดยใช้คู่กับบัญชีธนาคารกสิกรไทย เลขที่บัญชี.....สาขา.....

รายการ	กรณีผูกบัญชีกับธนาคารกรุงไทย	กรณีผูกบัญชีกับธนาคารกสิกรไทย
การฝาก	1. ฝากเข้าบัญชีธนาคารของสหกรณ์ฯ และแจ้งการฝากเงินผ่านช่องทางการติดต่อของสหกรณ์ฯ ตามวันและเวลาที่สหกรณ์กำหนด	1. ฝากเข้าบัญชีธนาคารของสหกรณ์ฯ และแจ้งการฝากเงินผ่านช่องทางการติดต่อของสหกรณ์ฯ ตามวันและเวลาที่สหกรณ์กำหนด
	2. ฝากผ่านแอปพลิเคชันของสหกรณ์ฯ	2. ฝากผ่านแอปพลิเคชันของสหกรณ์ฯ ค่าธรรมเนียม 8 บาทต่อครั้ง (จากบัญชีกสิกรไทยสมาชิก เข้า กสิกรไทยของสหกรณ์)
การถอน	ต้องทำผ่านแอปพลิเคชันของสหกรณ์ฯ เท่านั้น ค่าธรรมเนียม 10 บาทต่อครั้ง	ต้องทำผ่านแอปพลิเคชันของสหกรณ์ฯ เท่านั้น ค่าธรรมเนียม 5 บาทต่อครั้ง (จากบัญชีกสิกรไทยสหกรณ์ เข้า กสิกรไทยของสมาชิก)

5. สมาชิกสามารถเลือกผูกบัญชีธนาคารกรุงไทยและธนาคารกสิกรไทยได้ หรือเลือกผูกบัญชีเพียง 1 ธนาคารก็ได้
6. บัญชีธนาคารกรุงไทยหรือบัญชีธนาคารกสิกรไทยที่ใช้ผูกบัญชีกับสหกรณ์ฯ ต้องเป็นชื่อบัญชีของสมาชิกคนเดียว และเป็นประเภทออมทรัพย์เท่านั้น
7. ทำรายการฝาก-ถอน ในช่วงเวลา วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30 – 16.00 น. เท่านั้น
8. วงเงินที่สูงสุดของบัญชี 2,000,000.00 บาท / บัญชี

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้เปิดบัญชีเงินฝาก

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

ผู้บันทึกข้อมูล	ผู้ตรวจสอบลายมือชื่อ	ผู้อนุมัติ
ลงชื่อ	ลงชื่อ	ลงชื่อ



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด
แบบฟอร์มข้อมูลเพิ่มเติม (สำหรับลูกค้า)

1. ชื่อลูกค้า.....เลขที่สมาชิก.....
2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
.....
3. ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....
4. ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
5. ข้อมูลอาชีพ รวมทั้งชื่อและสถานที่ตั้งของที่ทำงาน.....
.....
.....
6. รายได้ต่อเดือน ☐ มากกว่า 50,000 บาท ☐ 30,001-50,000 บาท ☐ 10,001-30,000 บาท
☐ 1-10,000 บาท ☐ ไม่มี ☐ รายได้อื่นๆ (ระบุ).....

ข้อมูลอื่น ๆ

ที่	คำถาม	ผลการประเมิน	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ลูกค้า/ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ที่แท้จริง เป็นบุคคลที่มีสถานภาพทางทะเบียนในประเทศไทยหรือในองค์การระหว่างประเทศ หรือเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของบุคคลดังกล่าว		
2	ลูกค้า/ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ที่แท้จริง เป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงตรงกับข้อมูลที่สำนักงาน ป.ป.ง. แจ้ง ซึ่งควรได้รับการเฝ้าระวัง		
3	ลูกค้า/ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ที่แท้จริง ไม่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศ		
4	ลูกค้า/ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ที่แท้จริง มีอาชีพหรือประกอบธุรกิจที่มีการรับเงินสดเป็นจำนวนมาก		
5	ลูกค้า/ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ที่แท้จริง ได้มาซึ่งเงินสด หรือประกอบธุรกิจที่มีการซื้อ ขาย หรือแลกเปลี่ยนสินค้าที่มีราคาสูง โดยไม่มีแหล่งที่มาของเงินสด หรือสินค้าอย่างชัดเจน		
6	ลูกค้า/ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ที่แท้จริง มิได้ประกอบธุรกิจแต่ดำเนินกิจกรรมเป็นผลให้ได้มาซึ่งเงินสดหรือทรัพย์สิน โดยไม่มีแหล่งที่มาอย่างชัดเจน		
7	ลูกค้า/ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ที่แท้จริง มีถิ่นที่อยู่ในต่างประเทศหรือลาว หรือมีแหล่งที่มาของรายได้ หรือธุรกรรมในพื้นที่หรือประเทศที่มีความเสี่ยงสูงตามที่ FATF กำหนด		
8	ลูกค้า/ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ที่แท้จริง มีถิ่นที่อยู่ในต่างประเทศหรือลาว หรือมีแหล่งที่มาของรายได้ หรือทำธุรกรรมในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงตามที่สำนักงาน ป.ป.ง. ประกาศกำหนด		

หมายเหตุ : การให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน สหกรณ์ขอปฏิเสธการทำธุรกรรมกับลูกค้าทุกกรณี

ลงชื่อ.....ลูกค้า

(.....)

วันที่.....

เจ้าหน้าที่.....

