



บัญชีเลขที่.....

คำขอเปิดบัญชี

โครงการเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ รุ่น 5/2563 ระยะเวลา 18 เดือน 3.15 %

เรื่อง ขอเปิดบัญชีเงินฝากโครงการเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ รุ่น 5/2563

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....อายุ.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

มีความประสงค์ขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์...โครงการเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ รุ่น 5/2563...

โดยระบุชื่อบัญชีว่า.....ระยะเวลา 18 เดือน อัตราดอกเบี้ยร้อยละ 3.15

นับจากวันที่ฝากถึงวันครบกำหนด จำนวนเงินที่เปิดบัญชี.....บาท

(.....) โดยเมื่อเงินฝากครบกำหนด ให้ปิดบัญชีและนำเงินต้นพร้อม

ดอกเบี้ยเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ เลขที่.....20-0-.....

ข้อตกลงและเงื่อนไขการฝากเงินโครงการเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ รุ่น 5/2563 มีดังนี้

1. เริ่มฝากตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2563 เป็นต้นไป
2. ฝากขั้นต่ำ 5,000,000.00 บาท (ห้าล้านบาทถ้วน)
3. การถอนปิดบัญชีก่อนครบกำหนด จะคิดค่าธรรมเนียมการปิดบัญชี 1% ของจำนวนเงินที่ถอนปิดบัญชี
4. คิดดอกเบี้ยเป็นรายวัน จ่ายเงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเมื่อครบกำหนด โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์พิเศษของสมาชิก
เล่ม (20)
5. กำหนดวงเงินไม่เกิน จำนวน 2,000,000,000.00 บาท (สองพันล้านบาทถ้วน)
6. สมาชิก 1 ท่านสามารถเปิดบัญชีได้มากกว่า 1 เล่ม

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้เปิดบัญชีเงินฝาก

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