



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

อาคารศรียานนท์ โรงพยาบาลตำรวจ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2251-1070, 0-2652-5152

บัญชีเลขที่.....

คำขอเปิดบัญชี

โครงการเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ รุ่น 7/2563 ระยะเวลา 18 เดือน 2.90 %

เรื่อง ขอเปิดบัญชีเงินฝากโครงการเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ รุ่น 7/2563

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 7/2563...

โดยระบุชื่อบัญชีว่า..... ระยะเวลา 18 เดือน อัตราดอกเบี้ยร้อยละ 2.90

นับจากวันที่ฝากถึงวันครบกำหนด จำนวนเงินที่เปิดบัญชี..... บาท

(.....) โดยเมื่อเงินฝากครบกำหนด ให้ปิดบัญชีและนำเงินต้นพร้อม

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

ข้อตกลงและเงื่อนไขการฝากเงินโครงการเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ รุ่น 7/2563 มีดังนี้

1. เริ่มฝากตั้งแต่วันที่ 14 กันยายน 2563 เป็นต้นไป
2. ฝากขั้นต่ำ 5,000,000.00 บาท (ห้าล้านบาทถ้วน)
3. การถอนปิดบัญชีก่อนครบกำหนด จะคิดค่าธรรมเนียมการปิดบัญชี 1% ของจำนวนเงินที่ถอนปิดบัญชี
4. คิดดอกเบี้ยเป็นรายวัน จ่ายเงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเมื่อครบกำหนด โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์พิเศษของสมาชิกเล่ม (20)
5. กำหนดวงเงินไม่เกิน จำนวน 2,000,000,000.00 บาท (สองพันล้านบาทถ้วน)
6. สมาชิก 1 ท่านสามารถเปิดบัญชีได้มากกว่า 1 เล่ม

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้เปิดบัญชีเงินฝาก

<u>สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์</u> ผู้บันทึกข้อมูล ลงชื่อ.....	ผู้ตรวจสอบลายมือชื่อและเลขที่บัญชี ลงชื่อ.....	ผู้อนุมัติ ลงชื่อ.....
---	--	--------------------------------------