



# สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

23/17-20 ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 10270

โทรศัพท์ 0-2384-2493-4 โทรสาร 0-2384-2495

เลขที่บัญชี.....

## ใบคำขอเปิดบัญชีเงินฝากประจำ 3 เดือน (สำหรับรับฝากสหกรณ์อื่น)

วันที่.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด (สอ.สป.) จึงขอให้จัดส่งและรายละเอียดกับ สอ.สป. ดังต่อไปนี้


ชื่อเจ้าของบัญชี (ระบุชื่อของสหกรณ์ผู้ฝาก)  
ชื่อภาษาไทย.....  
ชื่อภาษาอังกฤษ (ถ้ามี).....

ที่อยู่ที่ใช้ในการติดต่อหรือส่งเอกสาร เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....

การติดต่อรายละเอียดเกี่ยวกับบัญชีเงินฝากประจำ 3 เดือน ขอให้ สอ.สป. ติดต่อกับบุคคล ดังนี้  
1. ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....  
2. ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....

- เอกสารแสดงตน ที่ต้องใช้ประกอบการขอเปิดบัญชีเงินฝากประจำ 3 เดือน ของ สอ.สป.
- มติคณะกรรมการฯ ของสหกรณ์ฯ ขอเปิดบัญชีเงินฝากประจำ 3 เดือน กับ สอ.สป.
  - สำเนาหนังสือใบสำคัญรับจดทะเบียนสหกรณ์  สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี (ถ้ามี)
  - บัตรตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจสั่งจ่ายของสหกรณ์
  - สำเนาบัตรประชาชน / บัตรประจำตัวข้าราชการของผู้มีอำนาจสั่งจ่าย
  - สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทยของสหกรณ์

หมายเหตุ สำเนาเอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้อง ลงนามโดยผู้มีอำนาจลงนามแทนสหกรณ์ฯ ตามข้อบังคับ

<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ระบุข้างต้นถูกต้องทุกประการ และตกลงยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลง และเงื่อนไขการเปิดบัญชีเงินฝากประจำ 3 เดือนที่ระบุไว้ด้านหลังใบคำขอเปิดบัญชีฉบับนี้</p> <p style="text-align: center;">         .....        (.....)     </p> <p style="text-align: center;">ผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคล</p>	<p><b>สำหรับ สอ.สป.</b> : เจ้าหน้าที่ ได้ตรวจสอบเอกสารแสดงตนของลูกค้า รวมทั้งความถูกต้องของเอกสารและข้อมูลที่ใช้ในการเปิดบัญชีเรียบร้อยแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้รับเปิดบัญชี (.....) ลงชื่อ.....ผู้จัดการ (.....)</p>
--	--



# สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสมุทรปราการ จำกัด

23/17-20 ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 10270

โทรศัพท์ 0-2384-2493-4 โทรสาร 0-2384-2495

## บัตรตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจสั่งจ่าย (สำหรับสหกรณ์ฯ ผู้ฝาก)

วันที่.....

ชื่อเจ้าของบัญชี (ระบุชื่อของสหกรณ์ผู้ฝาก)

ชื่อภาษาไทย.....

ชื่อภาษาอังกฤษ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าขอมอบตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจสั่งจ่าย ถอนเงินฝากออมทรัพย์ฯ ดังนี้

รายชื่อผู้มีอำนาจสั่งจ่าย	ตำแหน่ง	ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจสั่งจ่าย
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

ตราประทับ (ถ้ามี)

เงื่อนไขการสั่งจ่าย

(ระบุ) .....

หมายเหตุ เอกสารแสดงตนของสหกรณ์ฯ และเอกสารแสดงตนของผู้มีอำนาจสั่งจ่าย ที่ต้องแนบมาพร้อมบัตรตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจสั่งจ่ายทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- สำเนาหนังสือใบสำคัญรับจดทะเบียนสหกรณ์       สำเนาหนังสือแต่งตั้งผู้มีอำนาจสั่งจ่ายของสหกรณ์
- สำเนาบัตรประชาชน / บัตรประจำตัวข้าราชการของผู้มีอำนาจสั่งจ่าย