



สภกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
 146/69-74 ถ.สุขุทัย แขวงวชิรพยาบาล  
 เขตดุสิต กทม. โทร. 0-2241-8111

หนังสือขอเปิดบัญชีเงินฝาก  
 ประเภทออมทรัพย์เพื่ออนาคต  
 บัญชีเลขที่ 0-9-.....

วันที่ .....

เรียน สภกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้า ..... เลขสมาชิก.....

เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี ปัจจุบันสังกัด.....

ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน .....

..... โทรศัพท์ .....

สถานที่ที่สะดวกในการติดต่อกับข้าพเจ้า คือ .....

.....

หนังสือสำคัญประจำตัว คือ ..... เลขที่ .....

ออกให้โดย ..... เมื่อวันที่ ..... หมดอายุ .....

มีความประสงค์จะขอเปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์เพื่ออนาคต

โดยให้หักเงินเดือน ณ ที่จ่ายเพื่อฝากติดต่อกันทุกเดือน เดือนละ..... บาท หรือจะนำเงินเข้า

ฝากด้วยตนเองก่อนวันที่ 5 ของทุกเดือน เดือนละ.....บาท

ชื่อบัญชี .....

เงื่อนไขในการถอนเงิน .....

ข้าพเจ้าได้ทราบและตกลงยินยอมปฏิบัติตามประกาศสภกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
 ที่ 21/2559 เรื่อง โครงการเงินฝากออมทรัพย์เพื่ออนาคต 2

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข ข้าพเจ้ายินยอมให้สภกรณ์คิดดอกเบี้ยเงินฝากในบัญชี  
 เงินฝากนี้ในอัตราเท่ากับเงินฝากออมทรัพย์ที่สภกรณ์ประกาศในเวลานั้น ๆ นับตั้งแต่วันเปิดบัญชี

อนึ่ง ข้าพเจ้าได้รับสำเนาคำขอเปิดบัญชีเงินฝากของสภกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
 ไปจากสภกรณ์แล้ว 1 ฉบับ และถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข ระเบียบและคำเตือนดังกล่าวเป็นเหตุให้  
 เกิดความเสียหายใด ๆ ขึ้น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

(ลายมือชื่อ).....

(ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง).....

(ผู้ขอเปิดบัญชี)

ที่ติดใบถ่ายทอคล้ายมือชื่อ  
ผู้ขอเปิดบัญชี

.....เจ้าหน้าที่

.....ผู้อนุมัติ