



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