

ได้รับเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสทท.
สำหรับสมาชิกรายเก่า รายปี 2566
ศูนย์ประสานงาน สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรคจำกัด

ชื่อ – นามสกุล สมาชิก

จำนวนเงินบาท (.....)

Reference no 1 : โปรดระบุเลขประจำตัวบัตรประชาชน **Reference no 2** : โปรดระบุเลขที่กองทุน.....**ข้อปฏิบัติและเงื่อนไขในการชำระเงิน**

1. สมาชิกกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน และนำใบแจ้งการชำระเงินไปชำระที่เคาเตอร์ บมจ.ธนาคารกรุงไทย ได้ทุกสาขา ทั่วประเทศ (รับชำระเฉพาะเงินสด)
2. ผู้ชำระเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมธนาคาร จำนวน 20 บาทถ้วน
3. **รับชำระตั้งแต่วันนี้**
4. ชำระเงินตามจำนวนห้ามแก้ไข
5. กรณีมีเหตุขัดข้องไม่สามารถโอนเงินได้ ติดต่อสอบถามได้ที่ บมจ.ธนาคารกรุงไทย หมายเลขโทรศัพท์ (02) 208 – 8417 หรือ (02) 208 – 8514

ชื่อผู้นำฝาก.....

ผู้รับเงิน.....(เจ้าหน้าที่ธนาคาร)

วันที่ชำระเงิน:.....

ชื่อ – นามสกุล สมาชิก.....

จำนวนเงินบาท (.....)

Reference no 1 : โปรดระบุเลขประจำตัวบัตรประชาชน **Reference no 2** : โปรดระบุเลขที่กองทุน.....

ชื่อผู้นำฝาก.....

ผู้รับเงิน.....(เจ้าหน้าที่ธนาคาร)