

ไทยพาณิชย์
SCB



ใบรับรองรายการ / Transaction Receipt

สาขา / Branch สาขา เซ็นทรัลพลาซา ศาลายา
เลขที่บัญชี A/C No. ประเภทบัญชี A/C Type ชื่อบัญชี A/C Name

016-452491-2 ออมทรัพย์

โครงการ

การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์

ยอดเงินรวม Total Amount

(สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ

ลายมือชื่อผู้นำฝาก
Depositor

นางสาว ชลธิชา สก๊อ

จำนวนเงิน
Amount

2,500

โทรศัพท์ Tel. :

0817202410

12:02:54 03/11/65 0164524912 โครงการ การประเมิน C1 *****2,500.00 CASH 81946 5889D

0016

C0006

ใบนำฝากเงินนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือได้เรียกเก็บตามตัวเงินที่ระบุไว้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น และมีใช้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลใดหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น

ฝาก
Deposit

วันที่ / Date 03 พฤศจิกายน 2565

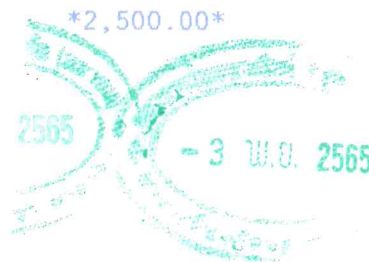
ธุรกรรม / Transaction Type

ฝากด้วยเงินสด/Cash Deposit

ค่าธรรมเนียม Fee

2,500.00

0.00



สำหรับลูกค้าธนาคาร For Customer

SC97(2)