

ไทยพาณิชย์ SCB



ใบรับรองรายการ / Transaction Receipt

สาขา / Branch

สาขาโรงพยาบาลแมคคอร์มิค (เชียงใหม่)

ฝาก

Deposit

วันที่ / Date

ธุรกรรม / Transaction Type

ฝากเช็คแลกเงิน/PDC Cheque Deposit

เลขที่บัญชี A/C No. ประเภทบัญชี A/C Type ชื่อบัญชี A/C Name

016-452491-2 ออมทรัพย์

โครงการ

การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโรคCHD LATE จะนำเข้าบัญชี 02/11/2565

ยอดเงินรวม Total Amount  
(สามพันบาทถ้วน)

\*3,000.00\*

ค่าธรรมเนียม Fee  
\*30.00\*

ยอดเงิน Amt. 35550453 004 0383

3,000.00

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ

ลายมือชื่อผู้นำฝาก  
Depositor

จำนวนเงิน  
Amount

-3000-

โทรศัพท์ Tel.

09-6523944

15:25:58 01/11/65 0164524912 โครงการ การประเมิน QN \*\*\*\*\*3,000.00 CASH

FEE: \*\*\*\*\*30.00

0016



ใบนำฝากเงินนี้มีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือได้เรียกเก็บตามตัวเงินที่ระบุไว้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น และมีใช้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลใดหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น