

ไทยพาณิชย์ SCB

ใบรับรองรายการ / Transaction Receipt

สาขา / Branch สาขาแม่สาย  
เลขที่บัญชี A/C No. ประเภทบัญชี A/C Type ชื่อบัญชี A/C Name  
016-452491-2 ออมทรัพย์ โครงการ

ฝาก  
Deposit

วันที่ / Date 05 ตุลาคม 2565  
ธุรกรรม / Transaction Type  
ฝากด้วยเงินสด/Cash Deposit  
การกระเงินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโดยองค์การภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์

ยอดเงินรวม Total Amount  
(สิ้นปีหารอยบาทถ้วน)

\*4,500.00\*

ค่าธรรมเนียม Fee  
\*30.00\*

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ

ลายมือชื่อผู้นำฝาก  
Depositor

จำนวนเงิน  
Amount

โทรศัพท์ Tel. :

10:04:36 05/10/65 0164524912 โครงการ การกระเงิน C1 \*\*\*\*\*4,500.00 CASH 82937 0794A

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

CASH

C0003

0016



ใบนำฝากเงินนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือได้เรียกเก็บตามตัวเงินที่ระบุไว้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น และมีใช้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลใดหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น