

ไทยพาณิชย์
SCB



ใบรับรองรายการ / Transaction Receipt

สาขา / Branch สาขาเทศบาล 1

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

016-452491-2 ออมทรัพย์

โครงการ

การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์

ยอดเงินรวม Total Amount

(สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ฝาก

Deposit

วันที่ / Date 10 สิงหาคม 2565

ธุรกรรม / Transaction Type

ฝากด้วยเงินสด/Cash Deposit

ค่าธรรมเนียม Fee

2,500.00

0.00

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ

ลายมือชื่อผู้นำฝาก

กมล

Depositor

จำนวนเงิน

1,500

Amount

โทรศัพท์ Tel. :

086-169-4922

16:43:34 10/08/65 0164524912 โครงการ การประเมิน C1 *****2,500.00 CASH 82498 2230D

0016

C0031

ใบนำฝากเงินนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือได้เรียกเก็บตามตัวเงินที่ระบุไว้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น และมีใช้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลใดหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น



สำหรับลูกค้าธนาคาร For Customer

SC97(2)