

ไทยพาณิชย์ SCB

ใบรับรองรายการ / Transaction Receipt

สาขา / Branch

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

ฝาก

Deposit

วันที่ / Date 29 สิงหาคม 2565

ธุรกรรม / Transaction Type

ฝากด้วยเช็ค/Cheque Deposit

016-452491-2 ออมทรัพย์
ยอดเงินรวม Total Amount

โครงการ

การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์

ค่าธรรมเนียม Fee

8,900.00 *0.00*
ค่าธรรมเนียมการประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก

(แปดพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ

ลายมือชื่อผู้ฝาก
Depositor

นางสาว

กมล งาม

จำนวนเงิน
Amount

8900

โทรศัพท์ Tel. :

0844338070

09:36:01 29/08/65 0164524912 โครงการ การประเมิน QN *****8,900.00 CL 55163 0524C

CC0004

0016

ใบนำฝากเงินนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือได้เรียกเก็บตามตัวเงินที่ระบุไว้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น และมีใช้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลใดหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น

สำหรับลูกค้าธนาคาร For Customer

SC97(2)