



เลขทะเบียนสมาชิก.....

สหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำกัด
(แบบการให้ลูกค้าแสดงตน)

วันที่แสดงตน.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....วันเดือนปีเกิด.....เพศ.....

สถานภาพ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

ศาสนา.....อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานแสดงตนดังกล่าวมานั้น เป็นความจริงทุกประการ และได้แนบเอกสารตามที่
สหกรณ์ต้องการมาพร้อมด้วย จำนวน.....ฉบับ

ลายมือชื่อ.....ผู้ทำธุรกรรม
(.....)

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- อื่น ๆ (ระบุ).....

หมายเหตุ การแสดงตนนี้เป็นการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ. 2542 มาตรา 20
ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง วิธีการแสดงตนของลูกค้าสถาบันการเงิน และกฎกระทรวงฉบับที่ 6/2543
ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ. 2542