



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