สหกรณ์ออมทรัพย์องค์การเภสัชกรรม จำกัด

THE GOVERNMENT PRAMACEUTICAL ORGANIZATION SAVINGS AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

75/1 ถ.พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0-2354-8774 0-2203-8091-3 โทรสาร 0-2354-8775

75/1 Rama VI Road, Thungphayathai,Ratchatewi, Bangkok 10400 Tel : 0-2354-8774 0- 2203 - 8091-3 Fax : 0-2354-8775

ใบเบิกเงินยืมทดรองจ่าย

วันที่.....

เรื่อง ขอเบิกเงินยืมทดรองจ่าย

เรียน .....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....โทร.....มีความประสงค์ขอยืมเงินทดรองจ่ายจากสหกรณ์ เพื่อใช้จ่ายดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน	
(.....) รวม (บาท)			

ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะคืนเงินยืมทดรองจ่าย และจะนำใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้อง และ/หรือเงินเหลือจ่ายส่งใช้ตามระเบียบสหกรณ์ว่าด้วย เงินรองจ่ายและเงินยืมทดรอง ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์หักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำเหน็จ หรือเงินอื่นใด อันจะพึงได้รับจากสหกรณ์ หรือองค์การเภสัชกรรม ชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบจำนวนทันที

ลงชื่อ..... ผู้ขอเบิก

(.....)

วันที่.....

ผู้ยืมเงินทดรองจ่ายรายนี้มีรายการค้าง เป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่บัญชี

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ช่วยผู้จัดการ

วันที่.....

☐ อนุมัติ ☐ โปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

วันที่.....

☐ อนุมัติ

ลงชื่อ.....ประธาน/รองประธาน

วันที่.....

ขอมอบให้.....เป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

วันที่.....

ข้าพเจ้าได้รับเงินยืมทดรองจ่ายจำนวน .....บาท เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่.....