



บริษัทหลักทรัพย์ บัวหลวง จำกัด (มหาชน)
BUALUANG SECURITIES PUBLIC COMPANY LIMITED

ชั้น 29 อาคารสิลมคอมเพล็กซ์ เลขที่ 191 ถนนสีลม บางรัก กรุงเทพฯ 10500
29th Fl., 191 Silom Complex Office Building, Silom Road, Bangkok 10500

ฝ่ายปฏิบัติการ/Operations Dept.(02) 618-1133,1141,1143,1147

แฟกซ์ /Fax : (02) 618-1120



ธนาคารกรุงเทพ

Service Code : ROBLS01

BR.NO. 0101

เช็ด : โปรดสั่งจ่ายในนาม "บริษัทหลักทรัพย์ บัวหลวง จำกัด(มหาชน) เพื่อการจองซื้อหุ้น"

Cheque : please made payable to "Bualuang Securities Public Company Limited for Share Subscription"

หมายเลขเช็ค/Cheque No. เช็คลงวันที่/Date ชื่อบริษัท/Company Name ชื่อบริษัท/Company Name

จำนวนเงิน
Amount

บาท
Baht

จำนวนเป็นตัวอักษร
Amount in words

กรุณานำส่งหลักฐานการชำระเงินฉบับนี้พร้อมเอกสารการจองซื้อฯ ยื่นต่อ บมจ. หลักทรัพย์บัวหลวง
Please send this Bill Payment Form and Subscription Documents to Bualuang Securities PCL.

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by.....

โทรศัพท์/Telephone



บริษัทหลักทรัพย์ บัวหลวง จำกัด (มหาชน)
BUALUANG SECURITIES PUBLIC COMPANY LIMITED

ชั้น 29 อาคารสิลมคอมเพล็กซ์ เลขที่ 191 ถนนสีลม บางรัก กรุงเทพฯ 10500
29thFl., 191 Silom Complex Office Building, Silom Road, Bangkok 10500

ฝ่ายปฏิบัติการ/Operations Dept.(02) 618-1133,1141,1143,1147

แฟกซ์ /Fax : (02) 618-1120



ธนาคารกรุงเทพ

Service Code : ROBLS01

BR.NO. 0101

เช็ด : โปรดสั่งจ่ายในนาม "บริษัทหลักทรัพย์ บัวหลวง จำกัด(มหาชน) เพื่อการจองซื้อหุ้น"

Cheque : please made payable to "Bualuang Securities Public Company Limited for Share Subscription"

หมายเลขเช็ค/Cheque No. เช็คลงวันที่/Date ชื่อบริษัท/Company Name ชื่อบริษัท/Company Name

จำนวนเงิน
Amount

บาท
Baht

จำนวนเป็นตัวอักษร
Amount in words

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by.....

โทรศัพท์/Telephone

ส่วนที่ 1

สำหรับผู้ชำระเงิน / Client's copy

Bill Payment Form

บริษัท เอสซีจี แพลตฟอร์ม จำกัด (มหาชน) (SCGP)

วันที่/Date.....สาขาผู้รับฝาก/Branch.....

ชื่อผู้ถือหุ้น Name

Ref 1

เลขทะเบียนผู้ถือหุ้น/Registration No.

Ref 2

เลขบัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง/
ID or Passport Number

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร/For bank officer

ผู้รับเงิน.....

ส่วนที่ 2

สำหรับธนาคาร / Bank's copy

Bill Payment Form

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารโปรดทำรายการทันที

บริษัท เอสซีจี แพลตฟอร์ม จำกัด (มหาชน) (SCGP)

วันที่/Date.....สาขาผู้รับฝาก/Branch.....

ชื่อผู้ถือหุ้น Name

Ref 1

เลขทะเบียนผู้ถือหุ้น/Registration No.

Ref 2

เลขบัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง/
ID or Passport Number

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร/For bank officer

ผู้รับเงิน.....