

รับที่.....
วันที่...../...../.....



เอกสารแนบประกอบ
สำเนาบัตรประชาชน/ทะเบียนบ้าน/ผู้กู้/
คู่สมรส (ถ้ามี) (รับรองสำเนาด้วยตนเอง)

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด
วันที่.....

เรื่อง ขอพักชำระหนี้เงินต้นสามัญ(มีค้ำประกัน) /สามัญเพื่อบริ โภค เนื่องจากผลกระทบจากโรคไวรัส
โคโรนา 2019 (Covid – 19)

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....อายุ.....ปี
ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....เงินเดือน.....บาท
ที่อยู่.....หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ..... มีความประสงค์ขอพักชำระหนี้เงินต้นกับสหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด รายเดือน ตามมาตรการช่วยเหลือสมาชิกจากไวรัสโควิด – 19

จำนวน เดือน ตั้งแต่วันที่ มิถุนายน 2563 กรกฎาคม 2563 สิงหาคม 2563

() สัญญาเงินกู้สามัญ(มีค้ำประกัน)เลขที่..... ลงวันที่.....ส่งมาแล้ว.....งวด
เป็นเงิน.....บาท (.....)

จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท(.....)

() สัญญาเงินกู้สามัญเพื่อการบริโภคเลขที่..... ลงวันที่.....ส่งมาแล้ว.....งวด
เป็นเงิน.....บาท (.....)

จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท(.....)

เมื่อได้อนุมัติและข้าพเจ้าตกลงจะปฏิบัติตามข้อกำหนด ในมาตรการช่วยเหลือสมาชิกจากไวรัส
โควิด – 19 และจะไม่นำสลิปเงินเดือนคงเหลือไปแสดงเพื่อขอกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอื่นๆ และหากข้าพเจ้า
นำสลิปเงินเดือนคงเหลือไปแสดงเพื่อขอกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอื่นๆ ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ฯ ระวังโทษ
งดให้ข้าพเจ้ากู้เงินจากสหกรณ์ทุกประเภทเป็นระยะเวลา 5 ปี ทั้งนี้ เมื่อครบกำหนดที่ได้รับการพักชำระหนี้เงินต้น
แล้วข้าพเจ้าจะผ่อนชำระส่งคืนเงินกู้(รวมทั้งต้นเงินและดอกเบี้ย)ให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด
เรียกเก็บงวดผ่อนชำระตามเดิม โดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้าต้องชำระหนี้ทั้งหมดภายในเวลาที่กำหนด
ได้ในหนังสือสัญญาเงินดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ..... ผู้ขอ

บันทึกของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ (.....)

- ตรวจสอบแล้วถูกต้อง

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ (ลงชื่อ).....ผู้จัดการสหกรณ์
(.....) (นางนิภา บุญญเขตต์)

เห็นควร อนุมัติ ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการเงินกู้
(.....)



เอกสารแนบประกอบ

สำเนาบัตรประชาชน/ทะเบียนบ้าน/ผู้ค้ำประกัน/
คู่สมรส (ถ้ามี) (รับรองสำเนาด้วยตนเอง)

สภครณอ้อมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด
บันทึกข้อตกลง การค้ำประกันเงินกู้

เขียนที่
วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสภครณอ้อมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

อ้างถึง หนังสือสัญญากู้เงินสามัญ(มีค้ำประกัน) เลขที่.....ลงวันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ค้ำประกัน ของ (ผู้กู้) นาย/นาง/นางสาว.....

สมาชิกเลขที่..... สัญญาเงินกู้เลขที่..... ลงวันที่.....

จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท (.....)

ได้รับทราบและยินยอมตกลงให้ผู้กู้ พักชำระหนี้เงินต้นมาตรการช่วยเหลือสมาชิกจากไวรัสโควิด - 19

เป็นระยะเวลา เดือน ตั้งแต่วันที่ มิถุนายน 2563 กรกฎาคม 2563 สิงหาคม 2563 นั้น

ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกันได้รับทราบและยินยอมด้วยกับการที่สภครณอ้อมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ได้พักชำระหนี้
การส่งเงินต้นชำระหนี้ ตามรายละเอียดที่ผู้กู้ได้ยื่นคำร้องฯ ดังกล่าวข้างต้นและตกลงยอมเข้าผูกพันเป็นผู้ค้ำประกันหนี้
ที่มีการพักชำระหนี้ใหม่ทุกประการ ทั้งนี้ให้ถือว่าบันทึกข้อตกลงการค้ำประกันเงินกู้นี้เป็นส่วนหนึ่งของหนังสือ
ค้ำประกันเงินกู้สามัญ (คนค้ำประกัน) เลขที่..... ดังกล่าวตามผู้กู้เสนอ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันคนที่ 1

(.....)

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันคนที่ 2

(.....)

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันคนที่ 3

(.....)

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันคนที่ 4

(.....)

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ค้าประกันคนที่ 5
(.....)
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ค้าประกันคนที่ 6
(.....)
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ค้าประกันคนที่ 7
(.....)
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ค้าประกันคนที่ 8
(.....)
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ค้าประกันคนที่ 9
(.....)
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้กู้
(.....)
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน(ผู้บังคับบัญชาหรือ
กรรมการในหน่วยงานผู้ค้าฯ)
(.....)

หมายเหตุ

- 1.ผู้ค้าประกันต้องเซ็นชื่อค้าประกันต่อหน้าผู้บังคับบัญชาหรือกรรมการในหน่วยงานของผู้ค้าประกัน
- 2.พยานต้องเป็นผู้บังคับบัญชาหรือกรรมการในหน่วยงานของผู้ค้าประกัน
- 3.พยานต้องเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ฯ



เอกสารแนบประกอบ

สำเนาบัตรประชาชน/ทะเบียนบ้าน/ผู้ค้ำประกัน/
คู่สมรส (ถ้ามี) (รับรองสำเนาด้วยตนเอง)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด
บันทึกข้อตกลง การค้ำประกันเงินกู้

เขียนที่

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

อ้างถึง หนังสือสัญญากู้เงินสามัญเพื่อการบริโภค เลขที่.....ลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ค้ำประกัน ของ (ผู้กู้) นาย/นาง/นางสาว.....

สมาชิกเลขที่..... สัญญาเงินกู้เลขที่..... ลงวันที่.....

จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท (.....)

ได้รับทราบและยินยอมตกลงให้ผู้กู้ พักชำระหนี้เงินต้นมาตรการช่วยเหลือสมาชิกจากไวรัสโควิด – 19

เป็นระยะเวลา เดือน ตั้งแต่วันที่ มิถุนายน 2563 กรกฎาคม 2563 สิงหาคม 2563 นั้น

ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกันได้รับทราบและยินยอมด้วยกับการที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ได้พักชำระหนี้

การส่งเงินต้นชำระหนี้ ตามรายละเอียดที่ผู้กู้ได้ยื่นคำร้องฯ ดังกล่าวข้างต้น และตกลงยอมเข้าผูกพันเป็นผู้ค้ำประกันหนี้

ที่มีการพักชำระหนี้ใหม่ทุกประการ ทั้งนี้ให้ถือว่าบันทึกข้อตกลงการค้ำประกันเงินกู้นี้เป็นส่วนหนึ่งของหนังสือ

ค้ำประกันเงินกู้สามัญ (คนค้ำประกัน)เลขที่..... ดังกล่าวตามผู้กู้เสนอ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันคนที่ 1

(.....)

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันคนที่ 2

(.....)

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน(ผู้บังคับบัญชาหรือ

กรรมการ ในหน่วยงานผู้ค้ำฯ

(.....)

หมายเหตุ

- 1.ผู้ค้ำประกันต้องเซ็นชื่อค้ำประกันต่อหน้าผู้บังคับบัญชาหรือกรรมการในหน่วยงานของผู้ค้ำประกัน
- 2.พยานต้องเป็นผู้บังคับบัญชาหรือกรรมการในหน่วยงานของผู้ค้ำประกัน
- 3.พยานต้องเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ฯ