

รับที่.....  
วันที่...../...../.....



**เอกสารแนบประกอบ**

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

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

วันที่.....

เรื่อง ขอฟักชำระหนี้เงินต้นสามัญ(มีคณค้ำประกัน) /สามัญเพื่อบริโภค เนื่องจากผลกระทบจากโรคไวรัส  
โคโรนา 2019 ( Covid – 19)

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....เงินเดือน.....บาท

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ..... มีความประสงค์ขอฟักชำระหนี้เงินต้นกับสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขพิจิตร จำกัด รายเดือน ตามมาตรการช่วยเหลือสมาชิกจากไวรัสโควิด – 19

จำนวน ..... เดือน ตั้งแต่งวด  มีนาคม 2564  เมษายน 2564  พฤษภาคม 2564

มิถุนายน 2564  กรกฎาคม 2564  สิงหาคม 2564

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

จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท(.....)

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

จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท(.....)

เมื่อได้อนุมัติและข้าพเจ้าตกลงจะปฏิบัติตามข้อกำหนด ในมาตรการช่วยเหลือสมาชิกจากไวรัสโควิด – 19 และจะไม่นำ  
สลิปเงินเดือนคงเหลือไปแสดงเพื่อขอกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอื่นๆ และหากข้าพเจ้า นำสลิปเงินเดือนคงเหลือไปแสดงเพื่อ  
ขอกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอื่นๆ เมื่อครบกำหนดที่ได้รับการฟักชำระหนี้เงินต้นแล้วข้าพเจ้าจะผ่อนชำระส่งคืนเงินกู้  
(รวมทั้งต้นเงินและดอกเบี้ย)ให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด เรียกเก็บงวดผ่อนชำระตามเดิม โดยไม่ต้องแจ้ง  
ให้ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้าต้องชำระหนี้ทั้งหมดภายในเวลาที่กำหนดได้ในหนังสือสัญญาเงินดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้ขอู้

(.....)

ข้าพเจ้า.....ได้ขออนุมัติให้.....

ซึ่งเป็นคู่สมรสของข้าพเจ้าขอฟักชำระหนี้เงินต้นสามัญ(มีคณค้ำประกัน) /สามัญเพื่อบริโภค เนื่องจากผลกระทบจากโรคไวรัส  
โคโรนา 2019 ( Covid – 19)และข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....คู่สมรสผู้กู้

(.....)

**บันทึกของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ**

- ตรวจสอบแล้วถูกต้อง

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการสหกรณ์

( นางนิภา บุญญเขตต์ )

เห็นควร  อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการเงินกู้

(.....)



**เอกสารแนบประกอบ**

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

**สหกรณ์อ้อมทรัพย์ สาธารณสุขพิจิตร จำกัด**  
**บันทึกข้อตกลง การค้ำประกันเงินกู้**

เขียนที่ .....  
วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์อ้อมทรัพย์ สาธารณสุขพิจิตร 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  มีนาคม 2564  เมษายน 2564  พฤษภาคม 2564

มิถุนายน 2564  กรกฎาคม 2564  สิงหาคม 2564 นั้น

ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกันได้รับทราบและยินยอมด้วยกับการที่สหกรณ์อ้อมทรัพย์ สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ได้พักชำระหนี้

การส่งเงินต้นชำระหนี้ ตามรายละเอียดที่ผู้กู้ได้ยื่นคำร้องฯ ดังกล่าวข้างต้นและตกลงยอมเข้าผูกพันเป็นผู้ค้ำประกันหนี้

ที่มีการพักชำระหนี้ใหม่ทุกประการ ทั้งนี้ให้ถือว่าบันทึกข้อตกลงการค้ำประกันเงินกู้นี้เป็นส่วนหนึ่งของหนังสือ

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

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันคนที่ 1

(.....)

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....คู่สมรสผู้ค้ำประกันคนที่ 1

(.....)

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันคนที่ 2

(.....)

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....คู่สมรสผู้ค้ำประกันคนที่ 2

(.....)

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....



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

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

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

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

(ลงชื่อ).....พยาน/สมาชิก  
(.....)

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

**หมายเหตุ**

- 1.ผู้ค้าประกันต้องเซ็นชื่อผู้ค้าประกันต่อหน้าผู้บังคับบัญชาหรือกรรมการในหน่วยงานของผู้ค้าประกัน
- 2.พยานต้องเป็นผู้บังคับบัญชาหรือกรรมการในหน่วยงานของผู้ค้าประกัน
- 3.พยานต้องเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ฯ