



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด

คำขอพักชำระหนี้เงินต้น เงินกู้สามัญ

ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)..... ผู้กู้

เลขประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ เลขสมาชิก..... ได้กู้เงินจากสหกรณ์

ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด ตามสัญญาเงินกู้สามัญเลขที่..... ลงวันที่.....

จำนวนเงิน.....บาท เดิม ผ่อนชำระงวดละ.....บาท จำนวน.....งวด

เงินต้นคงเหลือ.....บาท งวดคงเหลือ.....งวด มีความประสงค์ขอพักชำระหนี้เงินต้นเป็น

ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ.2563 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ลงชื่อ..... (ผู้กู้)

(.....)

ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ค้ำประกันตกลงยอมเข้าผูกพันเป็นผู้ค้ำประกันหนี้ที่มีการขยายเวลาชำระหนี้ใหม่ทุกประการ  
ทั้งนี้ ให้ถือว่าบันทึกข้อตกลงการค้ำประกันเงินกู้นี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาค้ำประกันตามหนังสือคำขอกู้และสัญญา  
กู้เงินสามัญเลขที่.....ดังกล่าวด้วย

1. ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ค้ำ)..... เลขสมาชิก..... สังกัด..... ลายมือชื่อ.....

2. ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ค้ำ)..... เลขสมาชิก..... สังกัด..... ลายมือชื่อ.....

3. ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ค้ำ)..... เลขสมาชิก..... สังกัด..... ลายมือชื่อ.....

4. ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ค้ำ)..... เลขสมาชิก..... สังกัด..... ลายมือชื่อ.....

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

กรรมการประจำหน่วย

หมายเหตุ : โปรดแนบเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้กู้ / ผู้ค้ำประกัน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

<b>อนุมัติ</b>
(ลงชื่อ).....
(นางวิภา คำแพงพล)
ประธานกรรมการเงินกู้

<b>อนุมัติ</b>
(ลงชื่อ).....
(นายเสวี แสงคำฉาย)
ประธานกรรมการดำเนินการ

### หลักเกณฑ์สมาชิกที่จะขอเข้าร่วมโครงการฯ

1. ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ
2. สมาชิกต้องเขียนบันทึกขอเข้าร่วมโครงการฯ ส่งให้สหกรณ์ฯ (ตามแบบ)
3. ขอรับแบบบันทึกขอเข้าร่วมโครงการฯ ได้ที่สหกรณ์ฯ
4. ยื่นแบบบันทึกขอเข้าร่วมโครงการตาม วัน – เวลา ที่สหกรณ์ฯ กำหนด

### เอกสารประกอบในการขอเข้าร่วมโครงการฯ

1. สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาบัตรข้าราชการ (ผู้กู้/ ผู้ค้ำ)
2. แบบบันทึกขอเข้าร่วมโครงการฯ
3. ยื่นเอกสาร ภายในวันที่ 27 เมษายน 2563 ถึง 26 พฤษภาคม 2563 ในเวลาทำการ