



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ถ. วรวิชัย ต. ในเวียง อ. เมือง จ. น่าน ๕๕๐๐๐

โทร. ๐-๕๔๓๕-๓๕๓๕, ๐-๕๔๓๕-๐๑๑๖, ๐-๕๔๓๑-๐๑๕๐ ต่อ ๑๔๓ โทรสาร ๐-๕๔๓๕-๓๕๓๕

เขียนที่

วันที่.....

เรื่อง ขอลเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการกู้สามัญโดยใช้ทุนเรือนหุ้นค้ำประกัน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว)

สมาชิกเลขทะเบียนที่..... สังกัดหน่วยงาน.....

มีความประสงค์ ขอลเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขตามหลักเกณฑ์ การกู้สามัญตามสัญญาที่.....

กู้เมื่อวันที่..... โดย ใช้บุคคลค้ำประกัน จำนวน คน คือ

1.เลขที่..... สังกัด หน่วยงาน.....

2.เลขที่..... สังกัด หน่วยงาน.....

3.....เลขที่..... สังกัด หน่วยงาน.....

4.....เลขที่..... สังกัด หน่วยงาน.....

5.....เลขที่..... สังกัด หน่วยงาน.....

ขอเปลี่ยนแปลงเป็น ใช้ทุนเรือนหุ้นค้ำประกันเงินกู้สามัญเลขที่..... ลงวันที่.....

ตั้งแต่วันที่..... เป็นต้นไป จนกว่าจะชำระหนี้เงินกู้หมด

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สมาชิกหน่วยงาน.....