



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED
๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐
โทร. ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖-๗, ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอลเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการกู้สามัญโดยใช้ทุนเรือนหุ้นค้ำประกัน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

สมาชิกเลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วยงาน (สสอ. รพ.).....

มีความประสงค์ ขอลเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขตามหลักเกณฑ์การกู้สามัญตามสัญญาที่.....

กู้เมื่อวันที่.....โดยใช้นุคคลค้ำประกัน จำนวน.....คน คือ

1.เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....
2.เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....
3.เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....
4.เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....
5.เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....

ขอเปลี่ยนเป็น ใช้ทุนเรือนหุ้นค้ำประกันเงินกู้สามัญเลขที่.....ลงวันที่.....

ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป จนกว่าจะชำระหนี้เงินกู้หมด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สมาชิกหน่วยงาน.....