



คำขอผ่อนผันการชำระหนี้เงินกู้ยืม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2563

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ข้าพเจ้าสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เลขทะเบียนสมาชิกที่.....สังกัด.....อยู่บ้านเลขที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

เนื่องจากข้าพเจ้าและครอบครัว ได้รับผลกระทบจากภาวะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ดังนี้.....

จึงมีความประสงค์ขอผ่อนผันการชำระหนี้เงินกู้ยืม โดยขอส่งเฉพาะดอกเบี้ยในหนี้เงินกู้ตามสัญญากู้สามัญ ประเภท.....สัญญาเลขที่..... เป็นระยะเวลา 3 เดือน นับแต่งวดประจำเดือน.....ถึงงวดประจำเดือน.....

เมื่อได้อนุมัติแล้วข้าพเจ้าตกลงจะปฏิบัติตามข้อกำหนดการผ่อนผันการชำระหนี้ และจะไม่นำเงินคงเหลือ ไปแสดงเพื่อขอกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอื่น ทั้งนี้เมื่อครบกำหนดที่ได้รับการผ่อนผันแล้วข้าพเจ้าจะผ่อนชำระให้กับ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่านจำกัด เรียกเก็บงวดผ่อนชำระตามเดิม หรือให้ปรับงวดชำระตามที่เห็นสมควร โดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ ทั้งนี้ผู้ค้ำประกันเงินกู้ยืมได้ตกลงยินยอมให้ข้าพเจ้าได้รับการผ่อนผันการชำระหนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ขอกู้/ผู้กู้

(.....)

ความคิดเห็นของคณะกรรมการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

คณะกรรมการเงินกู้ได้ตรวจสอบคำร้องและความจำเป็นแล้ว

เห็นควร () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

จึงเรียนเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ประธานคณะกรรมการเงินกู้

(นายนิกร วีระ)

วันที่.....

มีผลตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2563

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการอำนวยการ

() อนุมัติตามมติที่ประชุมวันที่.....

() ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....รองประธานกรรมการคนที่ 3

(นายวิทยา ศรีวิชัยอินทร์)

วันที่

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

(นายอานันต์ ศิริ)

วันที่



บันทึกผู้ค้าประกัน

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อลงนามทำयนี้เป็นผู้ค้าประกันเงินกู้ยืมสัญญาดังกล่าวข้างต้น ตามที่สหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด พิจารณาคำขอผ่อนผันการชำระหนี้ของ.....
สมาชิกเลขที่..... ตามสัญญาเงินกู้สามัญ.....สัญญาเลขที่.....
ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ผ่อนผันการชำระหนี้ดังกล่าว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ)..... ผู้ค้าประกัน
(.....)
สมาชิกเลขที่เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... ผู้ค้าประกัน
(.....)
สมาชิกเลขที่เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... ผู้ค้าประกัน
(.....)
สมาชิกเลขที่เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... ผู้ค้าประกัน
(.....)
สมาชิกเลขที่เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... ผู้ค้าประกัน
(.....)
สมาชิกเลขที่เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)
สมาชิกเลขที่เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ)..... ผู้กู้
(.....)

ส่วนของเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ..... ผู้บันทึก
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจ / ผู้ช่วยผู้จัดการ
(.....)
วันที่.....

มีผลตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2563



บันทึกผู้ค้าประกัน

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อลงนามทำยี่เป็นผู้ค้าประกันเงินกู้ยืมสัญญาดังกล่าวข้างต้น ตามที่สหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด พิจารณาคำขอผ่อนผันการชำระหนี้ของ.....
สมาชิกเลขที่..... ตามสัญญาเงินกู้สามัญ.....สัญญาเลขที่.....
ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ผ่อนผันการชำระหนี้ดังกล่าว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ค้าประกัน
(.....)
สมาชิกเลขที่เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)
สมาชิกเลขที่เบอร์โทร.....

(ลงชื่อ).....ผู้กู้
(.....)

ส่วนของเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก
(.....)
วันที่.....
มีผลตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2563

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ / ผู้ช่วยผู้จัดการ
(.....)
วันที่.....

*** กรณีผู้ค้าประกันอยู่คนละหน่วยงาน