

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงการส่งเงินกู้สามัญรายเดือน

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิกที่.....อายุปี
หน่วยงาน.....สังกัดโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก อำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส บรรจุเป็นข้าราชการ/
ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้างชั่วคราว/จ้างเหมาบริการบุคคลธรรมดา/เจ้าหน้าที่สหกรณ์
และทำงานประจำในตำแหน่ง.....แผนก/หอผู้ป่วย.....เบอร์โทร(ที่ทำงาน).....
เบอร์โทร(มือถือ).....มีเงินได้รายเดือน.....บาท ปัจจุบันเป็นหนี้สหกรณ์สัญญา
ที่...../.....จำนวนเงิน.....บาท เดิมส่งเงินกู้สามัญรายเดือน เดือนละ.....บาท
บัดนี้มีความประสงค์ ขอเพิ่ม/ลด เป็นงวดรายเดือนแบบ
ข้าพเจ้าขอชำระคืนต้นเงินกู้เป็นงวดรายเดือน เป็นจำนวน.....งวด
 ต้นเงินเท่ากันทุกงวดๆ ละ.....บาท พร้อมด้วยดอกเบี้ยจำนวน.....งวด
 หนี้เท่ากันทุกงวดๆ ละ.....บาท พร้อมด้วยดอกเบี้ยจำนวน.....งวด
 หนี้และดอกเบี้ยเท่ากันทุกงวดๆ ละ.....บาท จำนวน.....งวด
 หนี้และดอกเบี้ยเท่ากันทุกงวดๆ ละ.....บาท จำนวน.....งวด
ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....
(.....)

เสนอคณะกรรมการดำเนินการ

.....

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์
...../...../.....

มติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ

.....

.....เลขานุการ
...../...../.....

ผู้ค้าประกันยินยอมให้ผู้เปลี่ยนแปลงระยะเวลาการส่งผ่อนชำระงวด

1. อายุ ปี/เลขสมาชิก ลายมือชื่อ ลงวันที่
2. อายุ ปี/เลขสมาชิก ลายมือชื่อ ลงวันที่
3. อายุ ปี/เลขสมาชิก ลายมือชื่อ ลงวันที่
4. อายุ ปี/เลขสมาชิก ลายมือชื่อ ลงวันที่
5. อายุ ปี/เลขสมาชิก ลายมือชื่อ ลงวันที่