



ประกาศสภรณออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์ จำกัด
เรื่อง การผ่อนผันการชำระหนี้เพื่อช่วยเหลือสมาชิก ปี 2569

ด้วย มติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสภรณออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์ จำกัด เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2569 มีมติให้ผ่อนผันชำระหนี้เพื่อช่วยเหลือสมาชิก ปี 2569 ซึ่งสภรณออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์ จำกัด จะผ่อนผันการชำระหนี้เงินต้นเงินกู้ทุกประเภท ยกเว้นเงินกู้ฉุกเฉิน เป็นเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – กันยายน 2569 โดยสมาชิกที่มีความประสงค์จะขอผ่อนผันการส่งชำระหนี้เงินต้น ต้องยื่นคำร้องเพื่อขอผ่อนผันการส่งชำระหนี้เงินต้นดังกล่าว ภายในวันที่ 23 มิถุนายน – 31 สิงหาคม 2569 ที่กรรมการประจำหน่วย หรือที่สำนักงานสภรณฯ ในวัน และเวลาดังกล่าว

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2569

(นายสมศักดิ์ มีอ่วม)

ประธานกรรมการ

สภรณออมทรัพย์สาธารณสุขุตรดิตถ์ จำกัด

บันทึกขอผ่อนผันการส่งชำระหนี้เงินต้น

ระยะเวลาดำเนินการ 1 กรกฎาคม – 30 กันยายน 2569

(ยื่นระหว่างวันที่ 23 มิถุนายน – 31 สิงหาคม 2569)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอผ่อนผันการส่งชำระหนี้เงินต้น

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด เลขทะเบียนสมาชิกที่.....สังกัด (หน่วยงานที่
ตั้งเบิกเงินเดือน).....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
ได้กู้เงินกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุตรดิตถ์ จำกัด ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอผ่อนผันการส่งชำระหนี้เฉพาะส่วนของเงินต้นเงินกู้ทุกประเภท
ยกเว้นเงินกู้ฉุกเฉิน

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....ผู้กู้
(.....)

โทรศัพท์.....

เรียน ผู้จัดการ

- เพื่อทราบ
- เห็นควรดำเนินการตามคำขอของสมาชิกต่อไป

ลงชื่อ.....

(นางจงรัก บุญแสง)

รองผู้จัดการ

วันที่.....

- ทราบ

- ดำเนินการตามคำขอของสมาชิกต่อไป

ลงชื่อ.....

(นายประการ เข้มแข็ง)

กรรมการ/ผู้จัดการ

วันที่.....