



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด
๙/๒๒ ถนนเทศบาลบำรุง ตำบลท้ายช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา ๘๒๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๗๖ ๔๑๒๔๑๓ , ๐๘๖ ๖๙๑๕๘๗๕ โทรสาร ๐๗๖ ๔๑๓๔๓๖

หนังสือแสดงเจตจำนงขอพักชำระหนี้

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.....สมาชิกทะเบียนที่.....
สังกัดหน่วย.....มีความประสงค์ขอพักชำระหนี้ตามสัญญาเงินกู้ที่ทำไว้
กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ดังนี้

- เงินกู้สามัญ ๑ สัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....
- เงินกู้สามัญ ๒ สัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....
- เงินกู้สามัญ ๓ สัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....

ตั้งแต่วันที่ มิถุนายน ๒๕๖๓ ถึง เดือน กันยายน ๒๕๖๓ เป็นระยะเวลา ๔ เดือน

ลงชื่อ.....ผู้กู้/ผู้ขอพักชำระหนี้
(.....)

เอกสารที่ยื่นประกอบมีดังนี้

๑. หนังสือแสดงเจตจำนงขอพักชำระหนี้
๒. บันทึกข้อตกลงให้ความยินยอมผู้ค้าประกันเงินกู้
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้กู้พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ค้าประกันพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

หมายเหตุ กรณีขอพักชำระหนี้มากกว่า ๑ สัญญา ให้แนบเอกสารแยกชุดของแต่ละสัญญาประกอบกับ
บันทึกข้อตกลงให้ความยินยอมผู้ค้าประกันเงินกู้