



เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอม้วนผันการชำระหนี้รายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด.....มีความประสงค์ขอม้วนผันการชำระหนี้รายเดือน จำนวน.....เดือน

ตั้งแต่.....ถึง.....เนื่องจาก.....

เมื่อมีมติคณะกรรมการดำเนินการแห่งสหกรณ์ฯ นี้ อนุญาตให้ข้าพเจ้าผ่อนผันแล้ว ข้าพเจ้า
ยินยอมให้สหกรณ์ฯ งดการพิจารณาการขอกู้สามัญของข้าพเจ้า เป็นระยะเวลา 2 เท่า ของระยะเวลาที่ได้รับอนุมัติ
ให้ผ่อนผัน ฉะนั้นจึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติตามความประสงค์ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

บันทึกของเจ้าหน้าที่

(1) จำนวนเงินกู้สหกรณ์ฯ เมื่อวันที่.....จำนวน.....บาท

(2) ส่งชำระหนี้มาแล้ว จำนวน.....บาท จำนวน.....งวด

(3) ขอม้วนผันครั้งที่.....ตั้งแต่.....ถึง.....รวม.....งวด

(4) ขอม้วนผันครั้งล่าสุด ตั้งแต่.....ถึง.....รวม.....งวด

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ)

(.....)

ตำแหน่ง.....