



สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก

เลขที่รับ/.....

วันที่

แบบแจ้งความประสงค์เข้าร่วม “โครงการสินเชื่อเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันอัคคีภัย” ประจำปีบัญชี 2569
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

วันที่

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า เลขที่สมาชิก อายุ ปี
ปฏิบัติงานในตำแหน่งสังกัด ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ
..... บาท เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้ มีความประสงค์จะเข้าร่วม
“โครงการสินเชื่อเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันอัคคีภัย” ประจำปีบัญชี 2569

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจในข้อบังคับ และระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
และยินยอมถือปฏิบัติตามทุกประการ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน 1 ฉบับ |
| ☐ สลิปเงินเดือน (เดือนล่าสุด) | จำนวน 1 ฉบับ |
| ☐ แบบแปลนที่อยู่อาศัย (ถ้ามี) | จำนวน 1 ฉบับ |
| ☐ รูปถ่ายที่อยู่อาศัย จำนวน 4 ด้านๆละ 1 รูป | จำนวน 1 ฉบับ |
| ☐ สำเนาโฉนดที่ดินหรือเอกสารสิทธิ์ | จำนวน 1 ฉบับ |
| ☐ หนังสือรับรองราคาประเมินหลักทรัพย์ | จำนวน 1 ฉบับ |
| ☐ หนังสือยินยอมจากเจ้าของบ้าน (กรณีผู้กู้ไม่ใช่เจ้าของบ้าน) | จำนวน 1 ฉบับ |

ลงชื่อ

(.....)

เลขที่สมาชิก

หมายเหตุ : 1. หยอดเขตส่งภายในวันที่ 20 กันยายน 2569
2. เงื่อนไขการอนุมัติเงินกู้ตามโครงการฯ ให้เป็นไปตามระเบียบสหกรณ์ฯ กำหนด