สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร จำกัด

Chumphon Public Health Saving And Credit Cooperative, Limited.

91/12-14 หมู่ 10 ตำบลนาทุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร 86000 Tel.086-4756093, 099-4828746 Fax.077-510643

วันที่.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงผู้ค้ำประกัน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จังหวัดชุมพร

ด้วยข้าพเจ้า.....เลขที่สมาชิก.....

ตำแหน่ง.....เงินเดือน.....บาท สังกัดหน่วยงาน.....

.....(ผู้กู้) มีความประสงค์ ขอเปลี่ยนแปลงผู้ค้ำประกัน จาก

ผู้ค้ำประกันเดิม.....เลขที่สมาชิก.....

ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....เงินเดือน.....บาทเป็น

ผู้ค้ำประกันใหม่.....เลขที่สมาชิก.....

ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....เงินเดือน.....บาท

ในการนี้ข้าพเจ้าจึงขอเปลี่ยนแปลงผู้ค้ำประกันเนื่องจาก ผู้ค้ำประกันเดิม.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบพิจารณาและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

.....

ผู้ค้ำประกันเงินกู้

ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกันเงินกู้สามัญ ของ.....รับทราบการเปลี่ยนแปลงการค้ำประกันเงินกู้สามัญ และยินยอมรับภาระหนี้สินใดๆ ทั้งสิ้น ในสัญญาที่มีการเปลี่ยนแปลงฉบับนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันที่ 1

(.....)

ตำแหน่ง.....เงินเดือน.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันที่ 2

(.....)

ตำแหน่ง.....เงินเดือน.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันที่ 3

(.....)

ตำแหน่ง.....เงินเดือน.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันที่ 4

(.....)

ตำแหน่ง.....เงินเดือน.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันที่ 5

(.....)

ตำแหน่ง.....เงินเดือน.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันที่ 6

(.....)

ตำแหน่ง.....เงินเดือน.....บาท