



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร จำกัด

Chumphon Provincial Public Health Saving And Credit Cooperative , Limited.

91/12-14 หมู่ 10 ตำบลนาทุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร 86000 Tel. 086-4756093 ,077-510642 , แฟกซ์ 077-510643

วันที่.....

เรื่อง ขอลเปลี่ยนแปลงการส่งชำระหนี้รายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า.....เลขที่สมาชิก.....

ตำแหน่ง.....เงินเดือน..... หน่วยงาน.....

มีความประสงค์ ขอลเปลี่ยนแปลงการส่งชำระหนี้รายเดือนเงินกู้สามัญ สัญญาเลขที่.....

จำนวนเงินกู้..... ชำระเงินกู้มาแล้วเป็นเวลา.....งวด จากเดิม.....บาท/เดือน

ขอลด.....บาท รวมเป็น.....บาท/เดือน

ในการนี้ข้าพเจ้าได้นำเงินสดมาชำระบางส่วนเป็นจำนวน.....บาท

เมื่อวันที่

จึงเรียนมาเพื่อน โปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกันเงินกู้สามัญของ.....รับทราบการเปลี่ยนแปลง การส่งชำระหนี้รายเดือนของผู้กู้ ในสัญญาการเปลี่ยนแปลงฉบับนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันที่ 1
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันที่ 2
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันที่ 3
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันที่ 4
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันที่ 5
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกันที่ 6
(.....)