



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลน่าน จำกัด
NAN HOSPITAL SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED
เลขที่ 1 ถ.วรวิชัย อ.เมือง จ.น่าน 55000 โทร 054-719000 ต่อ 1416

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงเงินงวดชำระหนี้ฉุกเฉิน/สามัญ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลน่าน จำกัด ผ่านผู้จัดการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัดหน่วยงาน.....เบอร์โทร.....

มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงเงินงวดชำระหนี้เงินกู้

ฉุกเฉิน ซึ่งเดิมส่งงวดละ.....บาท (ตัวอักษร).....โดยขอเปลี่ยนแปลง

สัญญาการส่งคืนต้นเงินกู้ใหม่ เป็นงวดละ.....บาท (ตัวอักษร).....

สามัญ ซึ่งเดิมส่งงวดละ.....บาท (ตัวอักษร).....โดยขอเปลี่ยนแปลง

สัญญาการส่งคืนต้นเงินกู้ใหม่ เป็นงวดละ.....บาท (ตัวอักษร).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....

(นาย/นาง/นางสาว).....

บันทึกของเจ้าหน้าที่สหกรณ์

ได้ตรวจสอบแล้วปรากฏว่า

1. เดิมส่งงวดชำระหนี้เดือนละ.....บาท

2. ได้กู้เงินฉุกเฉิน/สามัญ ตามหนังสือกู้ที่...../.....วันที่.....

วงเงิน.....บาท โดยขอผ่อนส่งรวม.....งวด

3. เงินได้รายเดือนปัจจุบัน.....บาท

4. อื่น ๆ (ถ้ามี).....

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์

...../...../.....

มติคณะกรรมการดำเนินการ

ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการครั้งที่...../.....วันที่.....

มีมติให้.....

.....เลขานุการ

เจ้าหน้าที่รับเอกสาร.....วันที่.....