



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

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอให้สหกรณ์หักยอดเงินกู้ที่ได้รับเพื่อจ่ายชำระหนี้สถาบันการเงินอื่น

เรียน คณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลน่าน จำกัด

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....

เลขที่บัตรประชาชน..... ขณะนี้ข้าพเจ้าได้ยื่นกู้ที่สหกรณ์ออมทรัพย์
โรงพยาบาลน่าน ไว้แล้ว หากได้รับอนุมัติเงินกู้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้สหกรณ์ฯ หักเงินกู้ของข้าพเจ้าไปชำระหนี้

1. กองทุนสวัสดิการ รพ.น่าน มีหนี้คงเหลือ.....บาท ณ วันที่
ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....ธนาคาร.....

ผู้รับรอง.....(เจ้าหน้าที่ การเงิน)

2. ชมรมลูกจ้าง รพ.น่าน มีหนี้คงเหลือ.....บาท ณ วันที่
ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....ธนาคาร.....

ผู้รับรอง.....(เจ้าหน้าที่ การเงิน)

3. ชมรมพยาบาล รพ.น่าน มีหนี้คงเหลือ.....บาท ณ วันที่.....
ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....ธนาคาร.....

ผู้รับรอง.....(เหรียญกษาปณ์ชมรมฯ)

4. อื่นๆ.....มีหนี้คงเหลือ.....บาท ณ วันที่.....
ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....ธนาคาร.....

.....มีหนี้คงเหลือ.....บาท ณ วันที่.....
ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....ธนาคาร.....

.....มีหนี้คงเหลือ.....บาท ณ วันที่.....
ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....ธนาคาร.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

()