



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

เลขที่ 228 ถ.อุบล-ตระการ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

โทร. 045 251945 - 6 โทรสาร. 045 251945 ต่อ11 www.coopubon.com

แบบคำขอพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ
ของไวรัสโคโรนา 2019 (โดยสมัครใจ)

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำกัด

ข้าพเจ้า (ชื่อ สกุล).....สมาชิกเลขที่.....

อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....สังกัด.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เนื่องจาก ข้าพเจ้าเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จึงขอทำหนังสือพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อการชำระหนี้ เงินกู้สามัญฯ ให้ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัด
อุบลราชธานี จำกัด เพื่อเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้กู้เงินสามัญจากสหกรณ์ (เจ้าหน้าที่สหกรณ์กรอกข้อมูล)

1.1 สัญญาเงินกู้สามัญเลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

สัญญาเงินกู้สามัญเลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

สัญญาเงินกู้สามัญเลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

1.2 สัญญาเงินกู้เพื่อการครองชีพเลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

1.3 สัญญาเงินกู้เพื่อการประกอบอาชีพและการลงทุนเลขที่ลงวันที่.....

จำนวนเงิน.....บาท

ข้อ 2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อการชำระหนี้ เงินกู้สัญญาตามข้อ 1. เป็นระยะเวลา 3 เดือน
(ตั้งแต่เดือน มิ.ย.64 – ส.ค.64)

ข้อ 3. ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือแบบคำขอพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อการชำระหนี้ฯ ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของหนังสือสัญญา
เงินกู้ ตามข้อ 1.

ข้อ 4. ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขตามประกาศโครงการพักชำระหนี้เงินต้นฯ ดังนี้

4.1 เป็นสัญญาเงินกู้ที่ข้าพเจ้าได้ทำสัญญาไว้กับสหกรณ์ฯ ก่อนประกาศนี้ มีผลบังคับใช้

4.2 เป็นสัญญาเงินกู้ที่ไม่เคยผิดนัดการชำระหนี้เงินต้นและดอกเบี้ยรายเดือน

4.3 เป็นสัญญาเงินกู้ที่ชำระหนี้ โดยวิธีหักจากเงินได้รายเดือนของสมาชิก ยกเว้นสัญญาในข้อ 1.3

4.4 ในระหว่างพักชำระหนี้เงินต้น สหกรณ์ฯ จะไม่อนุมัติให้สมาชิกกู้ยืมเงินจากสหกรณ์ฯทุกประเภท
และไม่ยินยอมให้นำสลิปเงินเดือนที่มีเงินคงเหลือ ไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่น รวมถึงกู้บ้านหนึ่ง
ตกทอดโดยเด็ดขาด

- 4.5 ข้าพเจ้ายินยอมชำระเฉพาะดอกเบี้ย เป็นเวลา 3 เดือน (มิ.ย.64 ก.ค.64 และ ส.ค.64) และคิดดอกเบี้ยตามเงินกู้คงเหลือ ซึ่งเป็นไปตามระเบียบฯ เมื่อพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วในเดือนถัดไป คือ เดือน ก.ย.64 จะชำระหนี้ เงินต้น และดอกเบี้ยตามเงินกู้คงเหลือ ต่อไป
- 4.6 หากข้าพเจ้า ต้องเลื่อนงวดชำระออกไปจากเดิมเกินจากวันที่เกษียณอายุราชการไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินผลประโยชน์อื่นใด ที่พึงจะได้รับจากสหกรณ์ฯ นำมาหักชำระหนี้ ต่อไป
- 4.7 ข้าพเจ้าให้สัญญาว่าจะไม่ก่อหนี้สินอื่นๆเพิ่มอีก จนทำให้เหลือเงินในสลิปเงินเดือนไม่ถึง 10% หรือมีเงินไม่พอให้หักหนี้ หรือหักเงินไม่ได้ในงวดถัดไป คือ เดือน ก.ย.64 หากเกิดกรณีดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินผลประโยชน์อื่นใด ที่พึงจะได้รับจากสหกรณ์ฯ นำมาหักชำระหนี้ ต่อไป
- 4.8 ข้าพเจ้ายอมรับว่า เมื่อข้าพเจ้าเข้าโครงการพักชำระเงินต้นฯ จะไม่สามารถขอยกเลิกในระหว่างระยะเวลาดำเนินโครงการได้

ลงชื่อ.....ผู้ขอพักชำระเงินต้นฯ
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์
(.....)
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : เอกสารแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ (รับรองสำเนา)

นำส่งด้วยตนเอง หรือฝากส่งสหกรณ์ฯ ภายในวันศุกร์ที่ 21 พฤษภาคม 2564

อนุมัติ (คณะกรรมการเงินกู้)

(นายธนยุทธ ศรีไชย)

(นายอุทัย เลียงหิรัญถาวร)

(นายสมบุรณ์ เพ็ญทิพย์)

(นายชาคริต เชื้อชม)

(นายทวี ศรีอ่อน)