



# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด

PUBLIC HEALTH PRANAKHORNSIAYUTTHAYA SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITE

130 หมู่ 4 ถนนอุททอง ตำบลหอรัตนไชย อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000

โทร 035-352818 หรือ โทรสาร 035-244683

## ประกาศ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด

ฉบับที่ 10/2564

เรื่อง โครงการบรรเทาความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจอันมีผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ไวรัสโควิด-19

จากสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ในปัจจุบันซึ่งได้ก่อให้เกิดผลกระทบกับชีวิตและความเป็นอยู่ของสมาชิกในวงกว้าง ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 34 ครั้งที่ 10 ประจำเดือน กรกฎาคม 2564 เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2564 จึงได้มีมติเป็นเอกฉันท์ ให้สหกรณ์ฯ จัดโครงการบรรเทาความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจ อันมีผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ไวรัสโควิด-19 ให้กับสมาชิกที่มีความประสงค์จะขอพักชำระหนี้เฉพาะต้นเงินกู้สามัญปกติ สามัญหมุนเวียน และเงินกู้พิเศษเพื่อการศึกษาฯ เป็นระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน โดยเริ่มตั้งแต่เดือน กันยายน 2564 เป็นต้นไปจนถึงสิ้นสุดเดือนพฤศจิกายน 2564

ทั้งนี้ขอให้สมาชิกที่มีความประสงค์จะเข้าโครงการพักชำระหนี้ดังกล่าว ขอให้กรอกแบบแสดงความประสงค์ขอพักชำระต้นเงินกู้ พร้อมทั้งให้ผู้ค้าประกันลงลายมือชื่อยินยอมตามแบบที่สหกรณ์ฯ กำหนดและ ส่งแบบถึงสหกรณ์ฯ ภายในวันที่ 27 สิงหาคม 2564 นี้

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2564

01๓/

( นายแพทย์อาทร วรณบรรจง )

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด

แบบแสดงความประสงค์ขอพักชำระหนี้ต้นเงินกู้ รอบ 3 (ถ่ายเอกสารได้)

ส่งถึงสหกรณ์ฯภายในวันที่ 27 สิงหาคม 2564

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....

สังกัด.....มีความประสงค์ขอพักชำระหนี้ต้นเงินกู้

สามัญปกติ หรือ สามัญหมุนเวียน

เงินกู้พิเศษเพื่อการศึกษาฯ

3 เดือน

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน กันยายน 2564 เป็นต้นไปจนถึงสิ้นสุดเดือนพฤศจิกายน 2564 ทั้งนี้เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนจากสถานการณ์ไวรัสโควิด-19 ในสถานการณ์ปัจจุบัน

ลงชื่อ

ผู้กู้เงิน

(.....)

หมายเลขโทรศัพท์.....

และได้รับความยินยอมจากผู้ค้ำประกันซึ่งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ(เป็นไปตามหลักกฎหมาย) ดังต่อไปนี้

ลงชื่อ 1 ..... ผู้ค้ำประกัน

ชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง (.....) หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ 2 ..... ผู้ค้ำประกัน

ชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง (.....) หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ 3 ..... ผู้ค้ำประกัน

ชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง (.....) หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ 4 ..... ผู้ค้ำประกัน

ชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง (.....) หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ 5 ..... ผู้ค้ำประกัน

ชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง (.....) หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ 6 ..... ผู้ค้ำประกัน

ชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง (.....) หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเหตุ สหกรณ์ฯจะดำเนินการสุ่มตรวจสอบความยินยอมของผู้ค้ำประกันตามหมายเลขโทรศัพท์ที่

ให้ไว้