



# 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 1/2565

เรื่อง โครงการบรรเทาความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจอันมีผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ไวรัสโควิด-19

จากสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ในปัจจุบันซึ่งได้ก่อให้เกิดผลกระทบกับชีวิตและความเป็นอยู่ของสมาชิกในวงกว้าง ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 35 ครั้งที่ 2 ประจำเดือน มกราคม 2565 เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2565 จึงได้มีมติเป็นเอกฉันท์ ให้สหกรณ์ฯจัดโครงการบรรเทาความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจ อันมีผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ไวรัสโควิด-19 ให้กับสมาชิกที่มีความประสงค์จะขอพักชำระหนี้เฉพาะต้นเงินกู้สามัญปกติ และต้นเงินกู้สามัญหมุนเวียน เป็นระยะเวลาไม่เกิน 4 เดือน โดยเริ่มตั้งแต่เดือน มีนาคม 2565 เป็นต้นไปจนถึงสิ้นสุดเดือน มิถุนายน 2565

ทั้งนี้ขอให้สมาชิกที่มีความประสงค์จะเข้าโครงการพักชำระหนี้ดังกล่าว ขอให้กรอกแบบแสดงความประสงค์ขอพักชำระต้นเงินกู้ พร้อมทั้งให้ผู้ค้าประกันลงลายมือชื่อยินยอมตามแบบที่สหกรณ์ฯกำหนดและ ส่งแบบถึงสหกรณ์ฯ ภายในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 นี้

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 28 มกราคม 2565

O/n

( นายแพทย์อาทร วรณบรรจง )

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด

แบบแสดงความประสงค์ขอพักชำระหนี้ต้นเงินกู้ รอบ 1/2565 (ถ่ายเอกสารได้)

ส่งถึงสหกรณ์ฯภายในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา จำกัด  
ด้วยข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....

สังกัด.....มีความประสงค์ขอพักชำระหนี้ต้นเงินกู้

สามัญปกติ หรือ

สามัญหมุนเวียน

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน มีนาคม 2565 เป็นต้นไปจนถึงสิ้นสุดเดือนพฤษภาคม 2565 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 สหกรณ์ฯจะดำเนินการสุ่มตรวจสอบความยินยอมของผู้ค้ำประกันตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้**