



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

THE SAVINGS & CREDIT COOPERATIVES OF PROVINCIAL HEALTH OFFICE OF SISAKET LIMITED

๒๑ หมู่ ๖ ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษ์ ตำบลโพธิ์ข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๐๐๐ โทร./โทรสาร. ๐๔๕-๖๑๓๙๙๒

ที่ สอ.สธ.๐๐๑/ ๕๐๖ /๒๕๕๗

๔ ธันวาคม ๒๕๕๗

เรื่อง บอกกล่าวผู้ค้าประกันซึ่งลูกหนี้ผิดนัด

เรียน นาย/นาง/นางสาว.....ผู้ค้าประกัน

อ้างถึง สัญญากู้เงินเลขที่.....ลงวันที่.....ของนาย/นาง/นางสาว
.....ลูกหนี้ (ผู้กู้)และสัญญาค้ำประกันที่ท่านทำหนังสือค้ำประกันไว้

ตามหนังสือที่อ้างถึง ลูกหนี้ต้องชำระต้นเงินและดอกเบี้ย ให้แก่สหกรณ์ ทุกเดือนจนกว่าจะชำระหนี้
เสร็จสิ้นนั้น ซึ่งลูกหนี้ผิดนัด โดยวันที่ผิดนัด เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

() ไม่ชำระเต็มจำนวนต่องวด

() ชำระหนี้บางส่วน.....บาท คงค้างชำระ.....บาท

ณ วันที่.....ลูกหนี้ค้างชำระต้นเงิน.....บาท ดอกเบี้ย.....บาท

จึงบอกกล่าวมาเพื่อโปรดทราบในฐานะที่ท่านเป็นผู้ค้าประกัน

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

กรรมการผู้จัดการ

โทร/แฟกซ์ : ๐๔๕-๖๑๓๙๙๒