



## สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

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

๒๑ หมู่ ๖ ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์ข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๐๐๐

โทร./โทรสาร. ๐๔๕-๖๑๓๙๙๒

ที่ สอ.สธ.๐๐๑/ว. ๐๖๖/๒๕๖๔

๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอส่งประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/สาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาประกาศสหกรณ์ฯ เรื่องพักชำระหนี้เงินกู้(ต้นเงิน) แก่สมาชิกสหกรณ์ผู้กู้ยืม-

ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

จำนวน ๑ แผ่น

๒. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

จำนวน ๒ แผ่น

๓. หนังสือยินยอมเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้(สามัญ)

จำนวน ๑ แผ่น

๔. หนังสือยินยอมเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้(พิเศษ)

จำนวน ๑ แผ่น

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ครั้งที่ ๓/๒๕๖๔ วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๓ มีมติให้ประกาศ เรื่องพักชำระหนี้เงินกู้ให้แก่สมาชิก ปีบัญชี ๒๕๖๔ ระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๖๓ เดือนมกราคม ๒๕๖๔ และเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ นั้น

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด จึงขอส่งสำเนาประกาศดังกล่าว มาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกในหน่วยงานของท่านทราบ หากสมาชิกท่านใดประสงค์จะขอพักชำระหนี้สหกรณ์โปรดยื่นคำร้องการพักชำระหนี้และหนังสือยินยอมเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้ ตามแบบฟอร์มรายละเอียดที่ส่งมาพร้อมหนังสือนี้ ได้ที่สหกรณ์ภายในวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์อัครเดช บุญเย็น)

ประธานกรรมการดำเนินการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ฉบับที่ 3 / 2564

เรื่อง พักชำระหนี้เงินกู้(ต้นเงิน)แก่สมาชิกสหกรณ์ผู้ภัยไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ได้กำหนดระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ว่าด้วยการให้เงินกู้แก่สมาชิก พ.ศ. 2562 และเพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนของสมาชิกจากภัยไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19 ) ซึ่งจะส่งผลต่อเศรษฐกิจและการดำรงชีพของสมาชิกในปัจจุบันนี้

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ข้อ 79 (2) , ระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ว่าด้วยการให้เงินกู้แก่สมาชิก พ.ศ. 2562 หมวดที่ 1 ข้อ (14) ประกอบกับมติที่ประชุมประจำเดือนคณะกรรมการชุดที่ 34 ครั้งที่ 3 /2564 เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2563 ให้พักชำระหนี้เงินกู้ให้แก่สมาชิกที่ยื่นแสดงความประสงค์พักชำระหนี้(ต้นเงิน) โดยกำหนดระยะเวลาพักชำระหนี้ 3 เดือนคือ ธันวาคม 2563 , มกราคม 2564 และ กุมภาพันธ์ 2564

อนึ่งระหว่างการพักชำระหนี้ สหกรณ์ไม่ยินยอมให้สมาชิกที่ได้รับการพักชำระหนี้ นำสลิปเงินเดือนคงเหลือไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่นๆ รวมถึงเงินกู้บำเหน็จตกทอดโดยเด็ดขาด

การชำระหนี้เงินกู้ของสมาชิกที่ได้รับการพักชำระหนี้(ต้นเงิน)เงินกู้และงวดการชำระหนี้ให้เป็นไปตามที่ระบุในสัญญาเงินกู้แต่ละประเภทโดยงวดสุดท้ายจะต้องชำระเต็มจำนวนของมูลค่าหนี้คงเหลือทั้งหมด

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2563

(นายแพทย์อัครเดช บุญเย็น)

ประธานกรรมการดำเนินการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

## แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด  
รับที่.....  
วันที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บัตรประชาชนเลขที่.....สมาชิกเลขที่.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ มีความประสงค์  
ดังต่อไปนี้

( ) ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

( ) เงินกู้ทุกประเภท หรือเงินกู้อย่างใดอย่างหนึ่ง

( ) สามัญ ( ) พิเศษ ( ) อุดหนุน ( ) เพื่อการศึกษา ( ) อื่นๆ.....

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 3 เดือนตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

(เงินกู้สามัญ)



หนังสือยินยอมการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

วันที่ .....

ตามที่ (ผู้กู้)..... สมาชิกเลขทะเบียนที่ ..... ได้กู้เงินสามัญ  
จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ตามหนังสือกู้เงินที่ ..... ลงวันที่ .....  
จำนวน ..... บาท (.....) จำนวนงวดชำระหนี้ ..... งวด  
ต่อมาผู้กู้ได้ยื่นคำร้องขอพักชำระหนี้(ต้นเงิน) เงินกู้อย่างกล่าวในระหว่างเดือน ธันวาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2564 ตามมติ  
คณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 34 ในการประชุมครั้งที่ 3 /2564 เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2563 นั้น

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกัน ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด  
เลขที่ 21 ถนนศรีสะเกษ - กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์น้ำ อำเภอมือเบ่ง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่าข้าพเจ้า  
ยินยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้เงินกู้ที่ (ผู้กู้).....ได้ขอพักชำระหนี้(ต้น  
เงิน) ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2564 ต่อสหกรณ์

เมื่อครบกำหนดเวลาการพักชำระหนี้(ต้นเงิน) ดังกล่าวแล้ว หาก (ผู้กู้)..... ผิดนัดไม่  
ชำระหนี้เงินกู้จำนวนดังกล่าวตามที่กำหนดไว้ในสัญญาเงินกู้ที่ได้ทำไว้กับสหกรณ์ ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกันยินยอมชำระหนี้แทน  
บุคคลดังกล่าวตามงวดการชำระหนี้ จนหมดภาระหนี้สิน

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจในหนังสือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้ฉบับนี้ด้วยดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรง  
ตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

( ..... )

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

( ..... )

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

( ..... )

(ลงชื่อ).....กรรมการ/ประธานเงินกู้

( นายไพฑูรย์ แก้วภมร )

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

( ..... )

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

( ..... )

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ

( นายบัวทอง เอกศิริ )

## แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด  
รับที่.....  
วันที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บัตรประชาชนเลขที่.....สมาชิกเลขที่.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ มีความประสงค์  
ดังต่อไปนี้

( ) ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

( ) เงินกู้ทุกประเภท หรือเงินกู้ดังต่อไปนี้

( ) สามัญ ( ) พิเศษ ( ) ลูกเงิน ( ) เพื่อการศึกษา ( ) อื่นๆ.....

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 3 เดือนตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

(เงินกู้พิเศษ)



หนังสือยินยอมการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

วันที่ .....

ตามที่ (ผู้กู้)..... สมาชิกเลขทะเบียนที่ ..... ได้กู้เงินพิเศษ  
จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ตามหนังสือเงินที่ ..... ลงวันที่ .....  
จำนวน ..... บาท (.....) จำนวนงวดชำระหนี้ ..... งวด  
ต่อมาผู้กู้ได้ยื่นคำร้องขอพักชำระหนี้(ต้นเงิน) เงินกู้ดังกล่าวในระหว่างเดือน ธันวาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2564 ตามมติ  
คณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 34 ในการประชุมครั้งที่ 3 /2564 เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2563 นั้น

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกัน ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด  
เลขที่ 21 ถนนศรีสะเกษ - กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์ข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่าข้าพเจ้า  
ยินยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้เงินกู้ที่ (ผู้กู้).....ได้ขอพักชำระหนี้(ต้น  
เงิน) ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2564 ต่อสหกรณ์

เมื่อครบกำหนดเวลาการพักชำระหนี้(ต้นเงิน) ดังกล่าวแล้ว หาก (ผู้กู้)..... ผิดนัดไม่  
ชำระหนี้เงินกู้จำนวนดังกล่าวตามที่กำหนดไว้ในสัญญาเงินกู้ที่ได้ทำไว้กับสหกรณ์ ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกันยินยอมชำระหนี้แทน  
บุคคลดังกล่าวตามงวดการชำระหนี้ จนหมดภาระหนี้สิน

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจในหนังสือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้ฉบับนี้ด้วยดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรง  
ตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

( ..... )

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

( ..... )

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

( ..... )

(ลงชื่อ).....กรรมการ/ประธานเงินกู้

(.....นายไพฑูรย์ แก้วภมร.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

( ..... )

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

( ..... )

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ

(.....นายบัวทอง เอกศิริ.....)