



# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขระยอง จำกัด

142 หมู่ 2 ตำบลเนินพระ อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

โทร. (038) 967409 , 086-3681132

แบบคำขอพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ  
ของไวรัสโคโรนา 2019 (โดยสมัครใจ)

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขระยอง จำกัด

ข้าพเจ้า (ชื่อ สกุล).....สมาชิกเลขที่..... อายุ.....ปี  
ตำแหน่ง.....สังกัด..... โทรศัพท์.....  
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เนื่องจาก ข้าพเจ้าเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ( COVID-19 ) จึงขอทำ  
หนังสือพักชำระเงินต้นเพื่อการชำระหนี้เงินกู้สามัญฯ ให้ไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขระยอง จำกัด เพื่อ  
เป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

- ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้กู้เงินสามัญสัญญาเลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท
- ข้อ 2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอพักชำระเงินต้นเพื่อการชำระหนี้เงินกู้สัญญาตามข้อ 1.เป็นระยะเวลา 3 เดือน  
( ตั้งแต่เดือน ก.ค.64 - ก.ย.64 )
- ข้อ 3. ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือแบบคำขอพักชำระหนี้เงินต้นเพื่อการชำระหนี้ฯ ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของหนังสือ  
สัญญา เงินกู้ ตามข้อ 1.

ข้อ 4. ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขตามประกาศโครงการพักชำระหนี้เงินต้นฯ ดังนี้

- 4.1 เป็นสัญญาเงินกู้ข้าพเจ้าได้ทำสัญญาไว้กับสหกรณ์ฯ ก่อนประกาศนี้มีผลบังคับใช้
- 4.2 เป็นสัญญาเงินกู้ที่ไม่เคยผิดนัดการชำระหนี้เงินต้นและดอกเบี้ยรายเดือน
- 4.3 เป็นสัญญาเงินกู้ที่ชำระหนี้โดยวิธีหักจากเงินได้รายเดือนของสมาชิก
- 4.4 ในระหว่างพักชำระหนี้เงินต้น สหกรณ์ฯ จะไม่อนุมัติให้สมาชิกกู้ยืมเงินจากสหกรณ์ฯทุกประเภท  
และไม่ยินยอมให้นำสลิปเงินเดือนที่มีเงินคงเหลือไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่น รวมถึงกู้บ้านหนึ่ง  
ตกทอดโดยเด็ดขาด

4.5 ข้าพเจ้ายินยอมชำระเฉพาะดอกเบี้ย เป็นเวลา 3 เดือน ( ก.ค.64 ส.ค.64 และ ก.ย.64 ) และคิดดอกเบี้ยตามเงินกู้คงเหลือ ซึ่งเป็นไปตามระเบียบฯ เมื่อพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วในเดือนถัดไป คือ เดือน ต.ค.64 จะชำระหนี้เงินต้น และดอกเบี้ยตามเงินกู้คงเหลือ ต่อไป

4.6 หากข้าพเจ้า ต้องเลื่อนงวดชำระออกไปจากเดิมเกินจากวันที่เกษียณอายุราชการ ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินผลประโยชน์อื่นใด ที่พึงจะได้รับจากสหกรณ์ฯ นำมาหักชำระหนี้ต่อไป

4.7 ข้าพเจ้าให้สัญญาว่าจะไม่ก่อหนี้สินอื่นๆเพิ่มอีก จนทำให้เหลือเงินในสลิปเงินเดือนไม่ถึง 15% หรือมีเงินไม่พอให้หักหนี้หรือหักเงินไม่ได้ในงวดถัดไป คือ เดือน ต.ค.64 หากเกิดกรณีดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินผลประโยชน์อื่นใด ที่พึงจะได้รับจากสหกรณ์ฯ นำมาหักชำระหนี้ต่อไป

4.8 ข้าพเจ้ายอมรับว่า เมื่อข้าพเจ้าเข้า โครงการพักชำระเงินต้นฯ จะไม่สามารถขอยกเลิกในระหว่างระยะเวลาดำเนินโครงการได้

ลงชื่อ.....ผู้ขอพักชำระเงินต้น  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน  
(.....) (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน  
(.....) (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน  
(.....) (.....)

หมายเหตุ : เอกสารแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้กู้และผู้ค้ำประกัน (พร้อมรับรองสำเนา)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์  
(.....)

วันที่.....

**ความเห็นของผู้มีอำนาจพิจารณา**

อนุมัติ / ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....)

ลงชื่อ.....กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....)