

ที่ ศก ๐๗๓๓/ว.๒๕๖๖



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

ตำบลสี อำเภอขุนหาญ

จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๑๕๐

พ.อ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอส่งประกาศเรื่องพักชำระหนี้เงินกู้ (เงินต้น)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือที่ สอ.สธ.๐๐๑/ว.๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ ได้รับแจ้งจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ครั้งที่ ๕/๒๕๖๗ วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ มีมติให้ประกาศเรื่องพักชำระหนี้เงินกู้ให้แก่สมาชิก ปีบัญชี ๒๕๖๗ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๗ ถึงเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๗

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จึงส่งประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมัย คำเหลือ)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

กลุ่มงานบริหารทั่วไป

โทร/โทรสาร ๐ ๔๕๖๖ ๙๒๓๒



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

รับที่ 731/2567

วันที่ 07 มี.ค. 2567

เวลา 16-18 น.

ที่ สอ.สธ. ๐๐๑/ว. ๒๒๗ /๒๕๖๗

สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

๒๑ หมู่ ๖ ต.โพนข่า อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ ๓๓๐๐๐

๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอส่งประกาศเรื่องพักชำระหนี้เงินกู้(เงินต้น)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ/ ผอ.รพ.ชุมชน/ ผอ.รพ.ศรีสะเกษ/ สาธารณสุขอำเภอ/
อบจ.ศรีสะเกษ ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาประกาศสหกรณ์ฯ เรื่องพักชำระหนี้เงินกู้(ต้นเงิน) แก่สมาชิกสหกรณ์ จำนวน ๑ แผ่น
๒. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ จำนวน ๔ แผ่น
๓. หนังสือยินยอมเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้ จำนวน ๒ แผ่น

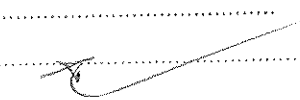
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ครั้งที่ ๕/๒๕๖๗ วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ มีมติให้ประกาศเรื่องพักชำระหนี้เงินกู้ให้แก่สมาชิก ปีบัญชี ๒๕๖๗ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๗ ถึงเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๗ นั้น

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด จึงขอส่งสำเนาประกาศดังกล่าว มาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกในหน่วยงานของท่านทราบ หากสมาชิกท่านใดประสงค์จะขอพักชำระหนี้สหกรณ์ โปรดยื่นคำร้องการพักชำระหนี้และหนังสือยินยอมเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้ ตามแบบฟอร์มรายละเอียดที่ส่งมาพร้อมหนังสือนี้ ได้ที่สหกรณ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

-เพื่อโปรดทราบ



(นายภาสกร อุ่นคำ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ขอแสดงความนับถือ



(นายบัวทอง เอกศิริ)

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ทราบและดำเนินการ



(นายสมัย คำเหลือ)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ฉบับที่ 4 / 2567

เรื่อง พักชำระหนี้เงินกู้(ต้นเงิน)แก่สมาชิกสหกรณ์

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ได้กำหนดระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ว่าด้วยการให้เงินกู้แก่สมาชิก พ.ศ. 2565 และเพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนของสมาชิกที่ได้รับผลกระทบต่อเนื่องจากสภาวะเงินเฟ้อ และการชะลอตัวทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลต่อการดำรงชีพของสมาชิกในปัจจุบันนี้

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ข้อ 80 (2) ,ระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ว่าด้วยการให้เงินกู้แก่สมาชิก พ.ศ. 2565 หมวดที่ 1 ข้อ (14) ประกอบกับมติที่ประชุมประจำเดือนคณะกรรมการชุดที่ 37 ครั้งที่ 5/2567 เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567 ให้พักชำระหนี้เงินกู้ให้แก่มชิกที่ยื่นแสดงความประสงค์พักชำระหนี้(ต้นเงิน) โดยกำหนดระยะเวลาพักชำระหนี้ 3 เดือนคือ พฤษภาคม 2567 – กรกฎาคม 2567

อนึ่งระหว่างการพักชำระหนี้ สหกรณ์ไม่ยินยอมให้สมาชิกที่ได้รับการพักชำระหนี้ นำสลิปเงินเดือนคงเหลือไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่นๆ รวมถึงเงินกู้บ้านเหม็จตกทอดโดยเด็ดขาด

การชำระหนี้เงินกู้ของสมาชิกที่ได้รับการพักชำระหนี้(ต้นเงิน)เงินกู้ และงวดการชำระหนี้ให้เป็นไปตามที่ระบุในสัญญาเงินกู้แต่ละประเภทโดยงวดสุดท้ายจะต้องชำระเต็มจำนวนของมูลค่าหนี้คงเหลือทั้งหมด

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

(นายปัญญา พลศักดิ์)

ประธานกรรมการดำเนินการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

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

(เงินกู้สามัญ)

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

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

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

() ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

() เงินกู้ทุกประเภท หรือเงินกู้อย่างใดอย่างหนึ่ง

() สามัญ

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 3 เดือนตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2567 – กรกฎาคม 2567

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)



หนังสือยินยอมการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

วันที่

ตามที่ (ผู้กู้)..... สมาชิกเลขทะเบียนที่ ได้กู้เงินสามัญ
จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ตามหนังสือกู้เงินที่ ลงวันที่
จำนวน บาท (.....) จำนวนงวดชำระหนี้ งวด
ต่อมาผู้กู้ได้ยื่นคำร้องขอพักชำระหนี้(ต้นเงิน) เงินกู้ดังกล่าวในเดือน พฤษภาคม 2567 – กรกฎาคม 2567 ตามมติ
คณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 37 ในการประชุมครั้งที่ 5/2567 เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567 นั้น

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกัน ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
เลขที่ 21 ถนนศรีสะเกษ – กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์ข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่าข้าพเจ้า
ยินยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้เงินกู้ที่ (ผู้กู้).....ได้ขอพักชำระหนี้
(ต้นเงิน) ในเดือน พฤษภาคม 2567 – กรกฎาคม 2567 ต่อสหกรณ์

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

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจในหนังสือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้ฉบับนี้ด้วยดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้อง
ตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....กรรมการ/ประธานเงินกู้

(.....นายรัฐสิทธิ์ อินทร์ธรรม.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จัดการ

(.....นายบัวทอง เอกศิริ.....)

(เงินกู้พิเศษ)

แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

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

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

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

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

ดังต่อไปนี้

() ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

() เงินกู้ทุกประเภท หรือเงินกู้อย่างใดอย่างหนึ่ง

() พิเศษ

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 3 เดือนตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2567 - กรกฎาคม 2567

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)



หนังสือยินยอมการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

วันที่

ตามที่ (ผู้กู้)..... สมาชิกเลขทะเบียนที่ ได้กู้เงินพิเศษ
จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ตามหนังสือกู้เงินที่ ลงวันที่
จำนวน บาท (.....) จำนวนงวดชำระหนี้ งวด
ต่อมาผู้กู้ได้ยื่นคำร้องขอพักชำระหนี้(ต้นเงิน) เงินกู้ดังกล่าวในเดือน พฤษภาคม 2567 - กรกฎาคม 2567 ตามมติ
คณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 37 ในการประชุมครั้งที่ 5 /2567 เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567 นั้น

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกัน ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
เลขที่ 21 ถนนศรีสะเกษ - กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์น้ำ อำเภอมือเบ่ง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่าข้าพเจ้า
ยินยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้เงินกู้ที่ (ผู้กู้).....ได้ขอพักชำระหนี้
(ต้นเงิน) ในเดือน พฤษภาคม 2567 - กรกฎาคม 2567 ต่อสหกรณ์

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

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจในหนังสือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้ฉบับนี้ด้วยดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรง
ตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....กรรมการ/ประธานเงินกู้

(.....นายรัฐสิทธิ์ อินทร์ธรรม.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ

(.....นายนิวัฒน์ เอกศิริ.....)

แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

(เงินกู้ฉุกเฉิน)

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

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

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

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

() ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

() เงินกู้ฉุกเฉิน () เงินกู้ช่วยเหลือค่าครองชีพกระแสรายวัน

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 3 เดือนตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2567 - กรกฎาคม 2567

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

(เงินกู้ยืม)

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

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

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

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

() ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

() เงินกู้ยืม

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 3 เดือนตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2567 – กรกฎาคม 2567

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)