



ประกาศ

ที่ สอ.รพ.ภพ. 2 /2565

สภกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำกัด

เรื่อง พักชำระหนี้สมาชิก หยุดส่งเงินต้นเงินกู้และค่าหุ้นรายเดือน ช่วยเหลือภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 43 เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2565 มีมติกำหนดมาตรการพักชำระหนี้ หยุดส่งเงินต้นเงินกู้ และค่าหุ้นรายเดือน เพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 โดยให้สมาชิกเขียนคำร้องแจ้งความประสงค์ ขอพักชำระหนี้ทุกสัญญา หรือบางสัญญา (เฉพาะเงินต้น) ยกเว้นเงินกู้ฉุกเฉินและเงินกู้ Extra ตามรายละเอียดดังนี้

ระยะเวลาที่ยื่นคำร้อง	ระยะเวลาการพักชำระหนี้และหยุดส่งค่าหุ้น
ตั้งแต่วันที่ 1 - 22 เมษายน 2565	ตั้งแต่วันที่ พฤษภาคม - ตุลาคม 2565 (6 เดือน)

ทั้งนี้ โดยมีเงื่อนไข

1. ผู้ขอพักชำระหนี้ต้องหยุดส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนไปพร้อมกัน
2. การขอพักชำระหนี้เงินกู้สามัญ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ค้ำประกัน
3. สมาชิกที่อยู่ระหว่างการพักชำระหนี้ จะขอยื่นกู้ใหม่ได้ ต้องชำระหนี้มาแล้วรวม 12 งวด
4. ระหว่างการขอพักชำระหนี้ ไม่ยินยอมให้นำสลิปเงินเดือนคงเหลือไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่นๆ รวมถึงการกู้เงินบำเหน็จตกทอดโดยเด็ดขาด

ให้สมาชิกที่ประสงค์จะขอพักชำระหนี้ หยุดส่งเงินต้นเงินกู้ และเงินค่าหุ้นรายเดือน ขอแบบฟอร์มเอกสารได้ที่สำนักงานสหกรณ์ฯ หรือดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่เว็บไซต์โรงพยาบาลกำแพงเพชร

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565 เป็นต้นไป

(นายเชษฐา ตั้งกิจงามวงศ์)

ประธานกรรมการ

สภกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำกัด

เอกสารที่แนบประกอบ

๑. สำเนาบัตรสมาชิกผู้กู้และผู้ค้ำประกัน

พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

รับที่.....

วันที่.....

สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำกัด

แบบบันทึกขอพักชำระหนี้ต้นเงินกู้และหยุดส่งค่าหุ้นรายเดือน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....อายุ.....ปี
เป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....อัตราเงินเดือน/ค่าจ้างเดือนละ.....บาท โทรศัพท์.....

เนื่องจากข้าพเจ้า ประสบปัญหาเกี่ยวกับการผ่อนชำระหนี้ดังกล่าว ด้วยเหตุผล ดังนี้

๑.
๒.
๓.

จึงมีความประสงค์ ขอพักชำระหนี้ **เฉพาะส่วนของเงินต้น** ในประเภทสัญญา ดังนี้

หยุดส่งค่าหุ้นรายเดือน ๖ เดือน (ภาคบังคับ) รับสภาพหนี้ (รณ.) เงินกู้สามัญ เงินกู้พิเศษ.....

ทั้งนี้ บุคคลผู้ค้ำประกันของข้าพเจ้า ได้รับทราบถึงเหตุผลความจำเป็นดังกล่าวแล้ว ขอยืนยันว่าเป็นความจริง
ตกลงยินยอมในการพักชำระหนี้ดังกล่าวนี้ และตกลงยินยอมค้ำประกันต่อไป จนกว่าผู้กู้จะชำระหนี้ครบถ้วน โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ
ทั้งสิ้น ข้าพเจ้าและผู้ค้ำประกันจึงได้ ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาบันทึกนี้ ต่อคณะกรรมการฯ

ขอได้โปรดพิจารณาอนุมัติด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้ขอู้
(.....)

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

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

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

สำหรับเจ้าหน้าที่

สัญญาเลขที่.....ชำระเป็นจำนวน.....บาท/เดือน

สัญญาเลขที่.....ชำระเป็นจำนวน.....บาท/เดือน

.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ผู้จัดการสหกรณ์
(.....) (.....)

ตามประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร เลขที่.....ลงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕

.....คณะกรรมการเงินกู้
(.....)