



สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุโขทัย จำกัด

Sukhothai Teacher Saving Co Operative Ltd.

118/2 ถนนจรดวิถีถ่อง อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย 64000

www.sktcoop.com FAX 0-5561-2319 โทรศัพท์ 0-5561-3049 , 0-5561-2431 สาขา 0-5564-3236

หนังสือขอพักชำระหนี้ต้นเงินกู้

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอพักชำระหนี้ต้นเงินกู้

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุโขทัย จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุโขทัย จำกัด

ทะเบียนเลขที่.....หน่วย/สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัดสุโขทัย

มีความประสงค์ขอพักชำระหนี้ต้นเงินกู้พิเศษ (ไม่รวมดอกเบี้ย) จำนวน.....เดือน ตั้งแต่เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้กู้ ,

: กรณีใช้บัตรข้าราชการ แนบสำเนาทะเบียนบ้าน