



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

มีความประสงค์ขอพักชำระหนี้ต้นเงินกู้ (ไม่รวมดอกเบี้ย) สามัญ พิเศษ ไม่เกิน 3 เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ในฐานะผู้ค้ำประกันยินยอมให้.....

พักชำระหนี้ต้นเงินกู้ (ไม่รวมดอกเบี้ย) ได้จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) ผู้ค้ำประกัน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ค้ำประกัน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ค้ำประกัน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ค้ำประกัน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ค้ำประกัน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ค้ำประกัน
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

หมายเหตุ : การพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงลายมือชื่อ ให้พยานลงลายมือชื่อ 2 คน

: แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้กู้ , บัตรประชาชนผู้ค้ำ

: กรณีใช้บัตรข้าราชการ แนบสำเนาทะเบียนบ้าน