



สหกรณ์ออมทรัพย์องค์การเภสัชกรรม จำกัด

THE GOVERNMENT PRAMACEUTICAL ORGANIZATION SAVINGS AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

75/1 ถ.พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0-2354-8774 0-2203-8091-3 โทรสาร 0-2354-8775

75/1 Rama VI Road, Thungphayathai, Ratchatewi, Bangkok 10400 Tel : 0-2354-8774 0- 2203 - 8091-3 Fax : 0-2354-8775

หนังสือขอยุุดพักชำระหนี้

วันที่.....

เรื่อง ขอยุุดพักชำระหนี้

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์องค์การเภสัชกรรม จำกัด

ตามที่ข้าพเจ้า..... สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

พนักงานประจำ ลูกจ้างประจำ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ อื่นๆ

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง.....

เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ได้กู้เงินจากสหกรณ์

ออมทรัพย์องค์การเภสัชกรรม จำกัด ตามหนังสือกู้เงินเลขที่..... ลงวันที่.....

เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)

โดยส่งชำระหนี้เป็นเวลา..... งวด ขณะนี้ข้าพเจ้าได้ชำระหนี้มาแล้ว..... งวด

ข้าพเจ้าขอยุุดพักชำระหนี้..... งวด รวมเวลาที่ต้องส่งชำระหนี้ทั้งสิ้น..... งวด

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

สมาชิกสหกรณ์

ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการครั้งที่ ลงวันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ได้มีมติคณะกรรมการให้ นาย/นาง/นางสาว..... ขอยุุดพักชำระหนี้..... งวด

ด้วยคะแนนเสียง..... จากผู้เข้าประชุม..... เสียง

บันทึกข้อตกลงการค้ำประกันเงินกู้

ข้าพเจ้า(1) (2).....

(3)..... (4)..... (5).....

ซึ่งเป็นผู้ค้ำประกัน นาย/นาง/นางสาว..... ผู้กู้เงินจากสหกรณ์ออมทรัพย์

องค์การเภสัชกรรม จำกัด ตามสัญญาค้ำประกันเลขที่..... ยินยอมด้วยการที่สหกรณ์ออมทรัพย์

องค์การเภสัชกรรม จำกัด ได้ขอยุุดพักชำระหนี้ที่ผู้กู้จะต้องผ่อนชำระให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์

องค์การเภสัชกรรม จำกัด ตามรายละเอียดที่ผู้กู้ได้ขอยุุดพักชำระหนี้ ดังกล่าวข้างต้นและตกลงยอมเข้าผูกพันเป็น

ผู้ค้ำประกันที่มีภาระขอยุุดพักชำระหนี้ใหม่ทุกประการ ทั้งนี้ให้ถือว่า บันทึกข้อตกลงการค้ำประกัน

เงินกู้นี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาค้ำประกันเลขที่ ดังกล่าวข้างต้น

1..... ผู้ค้ำประกัน 2..... ผู้ค้ำประกัน

3..... ผู้ค้ำประกัน 4..... ผู้ค้ำประกัน

5..... ผู้ค้ำประกัน พยาน

..... พยาน