ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด

ฉบับที่ 4/2565

เรื่อง พักชำระหนี้สมาชิกสหกรณ์สู้ภัยไวรัสโควิด-19

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด พ.ศ. 2554 ประกอบกับที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด ชุดที่ 28 ครั้งที่ 1/2565 เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2564 มีมติกำหนดมาตรการพักชำระหนี้สมาชิกสู้ภัยโควิด-19 อันเนื่องจากผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ทำให้สมาชิกได้รับความเดือดร้อนโดยให้สมาชิกแจ้งความประสงค์ขอพักชำระหนี้ทุกสัญญา หรือบางสัญญา เฉพาะเงินต้น ยกเว้นเงินกู้ฉุกเฉิน ขอพักชำระหนี้เงินต้นดังกล่าวได้ รอบละ 2 เดือน แต่ไม่เกิน 4 รอบในปีบัญชีสหกรณ์ รายละเอียดตามตารางที่กำหนด(แนบท้ายประกาศ)

ทั้งนี้ ผู้ขอพักชำระหนี้ที่อยู่ระหว่างการพักชำระหนี้ จะขอกู้เงินสหกรณ์สัญญาที่พักชำระหนี้ไม่ได้ และไม่ยินยอมให้นำสลิปเงินเดือนคงเหลือไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่นๆ รวมถึงเงินกู้บำเหน็จตกทอดโดยเด็ดขาด ให้สมาชิกที่ประสงค์จะพักชำระหนี้ยื่นแบบฟอร์มขอพักชำระหนี้ที่สหกรณ์กำหนดได้ที่สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด หรือกรรมการดำเนินการ โดยสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.hnbpcoop.com และแบบฟอร์มแนบท้ายประกาศ

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 29 ตุลาคม 2564

(ดร.รติ บุญมาก)

ประธานกรรมการดำเนินการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู จำกัด

ยื่นคำขอพักชำระหนี้		ระยะเวลาการพักชำระหนี้(พักเฉพาะเงินต้น) 2 เดือน						
เดือน	วัน/เดือน/ปี	แต่ไม่เกิน 4 รอบในปีบัญชีสหกรณ์						
	ทุกวันที่ 1-20 ของทุกเดือน(ในเวลาทำการ8.30 น.-16.00 น.)	รอบ 1	เว้นวรรค	รอบ 2	เว้นวรรค	รอบ 3	เว้นวรรค	รอบ 4
พฤศจิกายน 2564		พฤศจิกายน 2564 - ธันวาคม 2564	มกราคม 2565	กุมภาพันธ์ 2565 - มีนาคม 2565	เมษายน 2565	พฤษภาคม 256! - มิถุนายน 2565	กรกฎาคม 2565	สิงหาคม 2565 -กันยายน 2565
ธันวาคม 2564		ธันวาคม 2564 - มกราคม 2565	กุมภาพันธ์ 2565	มีนาคม 2565 - เมษายน 2565	พฤษภาคม 2565	มิถุนายน 2565 - กรกฎาคม 2565	สิงหาคม 2565	กันยายน 2565 -
มกราคม 2565		มกราคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2565	มีนาคม 2565	เมษายน 2565 - พฤษภาคม 256	มิถุนายน 2565	กรกฎาคม 2565 - สิงหาคม 2565	กันยายน 2565	
กุมภาพันธ์ 2565		กุมภาพันธ์ 2565 - มีนาคม 2565	เมษายน 2565	พฤษภาคม 2565 - มิถุนายน 2565	กรกฎาคม 2565	สิงหาคม 2565 - กันยายน 2565		
มีนาคม 2565		มีนาคม 2565 - เมษายน 2565	พฤษภาคม 2565	มิถุนายน 2565 - กรกฎาคม 2565	สิงหาคม 2565	กันยายน 2565 -		
เมษายน 2565		เมษายน 2565 - พฤษภาคม 2565	มิถุนายน 2565	กรกฎาคม 2565 - สิงหาคม 2565	กันยายน 2565			
พฤษภาคม 2565		พฤษภาคม 2565 - มิถุนายน 2565	กรกฎาคม 2565	สิงหาคม 2565 - กันยายน 2565				
มิถุนายน 2565		มิถุนายน 2565 - กรกฎาคม 2565	สิงหาคม 2565	กันยายน 2565 -				
กรกฎาคม 2565		กรกฎาคม 2565 - สิงหาคม 2565	กันยายน 2565					
สิงหาคม 2565		สิงหาคม 2565 - กันยายน 2565						
กันยายน 2565		กันยายน 2565 -						

เอกสารที่แนบประกอบ

1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้กู้พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง

2.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ค้ำประกันพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง

บันทึกขอพักการชำระหนี้

วันที่.....

เรื่อง ขอพักการชำระหนี้

เรียนคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จ.หนองบัวลำภู จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....มีความประสงค์ขอพักชำระหนี้กับ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจ.หนองบัวลำภู จำกัด เป็นระยะเวลางวด ตามหนังสือสัญญาเงินกู้ที่ทำไว้กับสหกรณ์ฯ ดังนี้

( )สัญญากู้เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท

( )สัญญากู้เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท

( )สัญญากู้เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท

( )สัญญากู้เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท

( )สัญญากู้เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท

( )สัญญากู้เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท

( )สัญญากู้เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงินคงเหลือ.....บาท

เนื่องจากข้าพเจ้า ประสบปัญหาเกี่ยวกับการผ่อนชำระหนี้ดังกล่าว ด้วยเหตุผลและเอกสาร ดังนี้

.....

.....และรับทราบข้อกำหนดตามประกาศของสหกรณ์ฯ **<u>โดยผู้ขอพักชำระหนี้ที่อยู่ระหว่างการพักชำระหนี้ จะขอกู้เงินสหกรณ์สัญญาที่พักชำระหนี้ไม่ได้ และไม่ยินยอมให้นำสลิปเงินเดือนคงเหลือไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่นๆรวมถึงเงินกู้บำเหน็จตกทอด โดยเด็ดขาด</u>** ทั้งนี้ ผู้ขอพักชำระหนี้และผู้ค้ำประกันต้องลงลายมือชื่อต่อหน้าพยาน คือกรรมการดำเนินการ และสมาชิกสหกรณ์ เท่านั้น มีความประสงค์ขอพักการชำระหนี้ตามตาราง ดังนี้

ระยะเวลาการพักชำระหนี้(พักเฉพาะเงินต้น) 2 เดือน

แต่ไม่เกิน 4 รอบในปีบัญชีสหกรณ์

ยื่นคำขอพักชำระหนี้	รอบ 1			รอบ 2			รอบ 3			รอบ 4		
ทุกวันที่1-20 ของทุกเดือน												
เวลา 8.30-16.00 น.	พักชำระ		รายมือชื่อ	พักชำระ		รายมือชื่อ	พักชำระ		รายมือชื่อ	พักชำระ		รายมือชื่อ
พฤศจิกายน 2564	พฤศจิกายน 2564	- ธันวาคม 2564		กุมภาพันธ์ 2565	- มีนาคม 2565		พฤษภาคม 2565	- มิถุนายน 2565		สิงหาคม 2565	-กันยายน 2565	
ธันวาคม 2564	ธันวาคม 2564	- มกราคม 2565		มีนาคม 2565	- เมษายน 2565		มิถุนายน 2565	- กรกฎาคม 2565		กันยายน 2565	-	
มกราคม 2565	มกราคม 2565	- กุมภาพันธ์ 2565		เมษายน 2565	- พฤษภาคม 2565		กรกฎาคม 2565	- สิงหาคม 2565				
กุมภาพันธ์ 2565	กุมภาพันธ์ 2565	- มีนาคม 2565		พฤษภาคม 2565	- มิถุนายน 2565		สิงหาคม 2565	- กันยายน 2565				
มีนาคม 2565	มีนาคม 2565	- เมษายน 2565		มิถุนายน 2565	- กรกฎาคม 2565		กันยายน 2565	-				
เมษายน 2565	เมษายน 2565	- พฤษภาคม 2565		กรกฎาคม 2565	- สิงหาคม 2565							
พฤษภาคม 2565	พฤษภาคม 2565	- มิถุนายน 2565		สิงหาคม 2565	- กันยายน 2565							
มิถุนายน 2565	มิถุนายน 2565	- กรกฎาคม 2565		กันยายน 2565	-							
กรกฎาคม 2565	กรกฎาคม 2565	- สิงหาคม 2565										
สิงหาคม 2565	สิงหาคม 2565	- กันยายน 2565										
กันยายน 2565	กันยายน 2565	-										

ทั้งนี้ บุคคลผู้ค้ำประกันหนี้ของข้าพเจ้า ได้รับทราบถึงเหตุผลความจำเป็นดังกล่าวแล้ว ขอยืนยันว่าเป็นความจริง ตกลงยินยอมในการพักชำระหนี้ดังกล่าวนี้ และตกลงยินยอมค้ำประกันต่อไป จนกว่าผู้กู้จะชำระหนี้ครบถ้วน โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆทั้งสิ้น ข้าพเจ้าและผู้ค้ำประกันจึงได้ ลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาบันทึกนี้ ต่อคณะกรรมการดำเนินการ ขอได้โปรดพิจารณาอนุมัติ (รายละเอียดแนบท้าย)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

<u>คำยินยอมของผู้ค้ำประกัน ข้าพเจ้าในฐานะผู้ค้ำประกันยินยอมให้ผู้กู้พักชำระหนี้ได้</u>

เงินกู้ประเภท.....เลขที่สัญญา.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้กู้/ผู้ขอพักชำระหนี้
(.....) โทร.....

พยาน.....สมาชิกสามัญสหกรณ์
(.....)

พยาน.....กรรมการดำเนินการ
(.....)

ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

ถูกต้องตามประกาศ ( ) เห็นควรพิจารณา

( )ไม่ควรพิจารณา

.....

.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่

(.....)

ความคิดเห็นผู้จัดการ

ถูกต้องตามประกาศ ( ) เห็นควรพิจารณา

( )ไม่ควรพิจารณา

.....

.....

ลงชื่อ..... ผู้จัดการ

(นางสาวรัตนา สร้อยกุดเรือ)

ความคิดเห็นของกรรมการ

เรียนประธานคณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จ.หนองบัวลำภู จำกัด

คณะกรรมการได้ตรวจสอบหลักฐานและความจำเป็นประกอบการพิจารณา

ครบถ้วนถูกต้องแล้วเห็นควร ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....กรรมการ ลงชื่อ.....กรรมการ ลงชื่อ.....กรรมการ

(.....) (.....) (.....)

ความคิดเห็นของประธานกรรมการ

( )อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

(ดร.รติ บุญมาก)