



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

THE SAVINGS & CREDIT COOPERATIVES OF PROVINCIAL HEALTH OFFICE OF SISAKET LIMITED

21 หมู่ 6 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์ข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทร./โทรสาร 045-613992

ที่ สอ.สธ.๐๐๑/ว. ๒๔๑ /๒๕๖๘

๒๖ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอนำส่งประกาศสหกรณ์ เรื่อง พักชำระหนี้เงินกู้ (ต้นเงิน) แก่สมาชิกสหกรณ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ/นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ/
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษณ์/
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. สำเนาประกาศสหกรณ์ ฉบับที่ ๗ /๒๕๖๘	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ (เงินกู้สามัญ)	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ (เงินกู้พิเศษ)	จำนวน ๑ ชุด
	๔. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ (เงินกู้ฉุกเฉิน)	จำนวน ๑ ฉบับ
	๕. แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ (เงินกู้หุ้น)	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ได้มีมติที่ประชุม ประจำเดือนพฤศจิกายน คณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ ๓๘ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๘ อนุมัติให้พักชำระหนี้เงินกู้ แก่สมาชิกที่ยื่นแสดงความประสงค์พักชำระหนี้ (ต้นเงิน) โดยกำหนดระยะเวลาพักชำระหนี้ ๔ เดือน คือเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๘ - สิงหาคม ๒๕๖๘ รายละเอียดตามประกาศสหกรณ์ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) นั้น

ในการนี้ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด จึงขอส่งสำเนาประกาศสหกรณ์ ฉบับที่ ๗/๒๕๖๘ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) และแบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์ฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒-๕) ได้ประชาสัมพันธ์ แก่สมาชิกในหน่วยงานของท่าน ได้รับทราบประกาศดังกล่าว และสมาชิกที่มีความประสงค์ขอพักชำระหนี้ต้นเงิน จำนวน ๔ เดือน สามารถส่งแบบคำร้องได้ที่สหกรณ์ฯ ภายในวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายบัวทอง เอกศิริ)

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ฉบับที่ ๗ / 2568

เรื่องพักชำระหนี้เงินกู้(ต้นเงิน) แก่สมาชิกสหกรณ์

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ได้กำหนดระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์-สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ว่าด้วยการให้เงินกู้แก่สมาชิก พ.ศ. 2565 และเพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนของสมาชิกที่ได้รับผลกระทบต่อเนื่องจากสภาวะเงินเฟ้อ และการชะลอตัวทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลต่อการดำรงชีพของสมาชิกในปัจจุบันนี้

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ข้อ 80 (2) ,ระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ว่าด้วยการให้เงินกู้แก่สมาชิก แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565 หมวดที่ 1 ข้อ (14) ประกอบกับมติที่ประชุมประจำเดือนคณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 38 ครั้งที่ 7/2568 เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2568 ให้พักชำระหนี้เงินกู้ให้แก่มชิกที่ยื่นแสดงความประสงค์พักชำระหนี้(ต้นเงิน) โดยกำหนดระยะเวลาพักชำระหนี้ 4 เดือนคือ พฤษภาคม 2568 – สิงหาคม 2568

อนึ่งระหว่างการพักชำระหนี้ สหกรณ์ไม่ยินยอมให้สมาชิกที่ได้รับการพักชำระหนี้ นำสลิปเงินเดือนคงเหลือไปกู้เงินจากสถาบันการเงินอื่น ๆ รวมถึงเงินกู้บำเหน็จตกทอดโดยเด็ดขาด

การชำระหนี้เงินกู้ของสมาชิกที่ได้รับการพักชำระหนี้(ต้นเงิน)เงินกู้ และงวดการชำระหนี้ให้เป็นไปตามที่ระบุในสัญญาเงินกู้แต่ละประเภท โดยงวดสุดท้ายจะต้องชำระเต็มจำนวนของมูลค่าหนี้คงเหลือทั้งหมด

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2568

(นายปรีชา ปิยะพันธ์)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
รับที่.....
วันที่.....

(เงินกู้สามัญ)

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บัตรประชาชนเลขที่.....สมาชิกเลขที่.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ มีความประสงค์
ดังต่อไปนี้

() ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

() เงินกู้อย่างต่อเนื่อง

() สามัญ () พิเศษ () เพื่อการศึกษา () อื่นๆ.....

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 4 เดือนตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2568 - สิงหาคม 2568

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)



หนังสือยินยอมการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

วันที่

ตามที่ (ผู้กู้)..... สมาชิกเลขทะเบียนที่ ได้กู้เงินสามัญ
จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ตามหนังสือกู้เงินที่ ลงวันที่
จำนวน บาท (.....) จำนวนงวดชำระหนี้ งวด
ต่อมาผู้กู้ได้ยื่นคำร้องขอพักชำระหนี้(ต้นเงิน) เงินกู้ดังกล่าวในเดือน พฤษภาคม 2568 - สิงหาคม 2568 ตามมติ
คณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 38 ในการประชุมครั้งที่ 7 /2568 เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2568 นั้น

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกัน ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
เลขที่ 21 ถนนศรีสะเกษ - กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์ข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่าข้าพเจ้า
ยินยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้เงินกู้ที่ (ผู้กู้)..... ได้ขอพักชำระหนี้(ต้น
เงิน) ในเดือน พฤษภาคม 2568 - สิงหาคม 2568 ต่อสหกรณ์

เมื่อครบกำหนดเวลาการพักชำระหนี้(ต้นเงิน) ดังกล่าวแล้ว หาก (ผู้กู้)..... ผิดนัดไม่
ชำระหนี้เงินกู้จำนวนดังกล่าวตามที่กำหนดไว้ในสัญญาเงินกู้ที่ได้ทำไว้กับสหกรณ์ ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกันยินยอมชำระหนี้แทน
บุคคลดังกล่าวตามงวดการชำระหนี้ จนหมดภาระหนี้สิน

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจในหนังสือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้ฉบับนี้ด้วยดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรง
ตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....กรรมการ/ประธานเงินกู้

(.....นายอรรณพ วิชาผล.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ

(.....นายบัวทอง เอกศิริ.....)

(เงินกู้พิเศษ)

แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
รับที่.....
วันที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บัตรประชาชนเลขที่.....สมาชิกเลขที่.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ มีความประสงค์
ดังต่อไปนี้

() ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

() เงินกู้ทุกประเภท หรือเงินกู้ดังต่อไปนี้

() สามัญ () พิเศษ () อุดหนุน () เพื่อการศึกษา () อื่นๆ.....

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 4 เดือนตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2568 - สิงหาคม 2568

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)



หนังสือยินยอมการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

วันที่

ตามที่ (ผู้กู้)..... สมาชิกเลขทะเบียนที่ ได้กู้เงินพิเศษ
จากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด ตามหนังสือกู้เงินที่ ลงวันที่
จำนวน บาท (.....) จำนวนงวดชำระหนี้ งวด
ต่อมาผู้กู้ได้ยื่นคำร้องขอพักชำระหนี้(ต้นเงิน) เงินกู้ดังกล่าวในเดือน พฤษภาคม 2568 - สิงหาคม 2568 ตามมติ
คณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 38 ในการประชุมครั้งที่ 7 /2568 เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2568 นั้น

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกัน ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด
เลขที่ 21 ถนนศรีสะเกษ - กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์น้ำ อำเภอมือเบ่ง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่าข้าพเจ้า
ยินยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้เงินกู้ที่ (ผู้กู้)..... ได้ขอพักชำระหนี้(ต้น
เงิน) ในเดือน พฤษภาคม 2568 - สิงหาคม 2568 ต่อสหกรณ์

เมื่อครบกำหนดเวลาการพักชำระหนี้(ต้นเงิน) ดังกล่าวแล้ว หาก (ผู้กู้)..... ผิดนัดไม่
ชำระหนี้เงินกู้จำนวนดังกล่าวตามที่กำหนดไว้ในสัญญาเงินกู้ที่ได้ทำไว้กับสหกรณ์ ข้าพเจ้าผู้ค้ำประกันยินยอมชำระหนี้แทน
บุคคลดังกล่าวตามงวดการชำระหนี้ จนหมดภาระหนี้สิน

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจในหนังสือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการชำระหนี้ฉบับนี้ด้วยดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรง
ตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....กรรมการ/ประธานเงินกู้

(.....นายอรรถวุฒิ ขวรีผล.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ

(.....นายบัวทอง เอกศิริ.....)

แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

(เงินกู้ฉุกเฉิน)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

รับที่.....

วันที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บัตรประชาชนเลขที่.....สมาชิกเลขที่.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ มีความประสงค์

ดังต่อไปนี้

() ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

() เงินกู้ฉุกเฉิน () เงินกู้ช่วยเหลือค่าครองชีพกระแสรายวัน

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 4 เดือนตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2568 – สิงหาคม 2568

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

แบบคำร้องการพักชำระหนี้สหกรณ์

(เงินกู้หุ้น)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

รับที่.....

วันที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขศรีสะเกษ จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บัตรประชาชนเลขที่.....สมาชิกเลขที่.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ มีความประสงค์
ดังต่อไปนี้

() ขอพักชำระหนี้สหกรณ์

() เงินกู้หุ้น

โดยขอพักชำระหนี้เป็นจำนวน 4 เดือนตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2568 - สิงหาคม 2568

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งคำร้อง

(.....) เบอร์โทรติดต่อ.....

บันทึกผู้จัดการ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)