

# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

เขียนที่.....

.....

.....

วันที่ .....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงการชำระหนี้รายเดือน

เรียน คณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า ..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด เลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วยงาน.....  
ที่อยู่เลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์..... ขอให้คณะกรรมการฯ พิจารณาดังนี้

ขอเปลี่ยนแปลงการชำระหนี้ สัญญาเลขที่.....

วงเงินกู้.....ลงวันที่..... ชำระงวดละ.....

1. ขอเปลี่ยนแปลงการชำระจากเดิมชำระแบบสหกรณ์ เปลี่ยนเป็น ชำระแบบธนาคาร  
 2. ขอเปลี่ยนแปลงการชำระจากเดิมชำระแบบธนาคาร เปลี่ยนเป็น ชำระแบบสหกรณ์  
 3. ขอเพิ่มวงเงินชำระจาก.....เป็น.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่สินเชื่อ

เห็นควร อนุมัติ       เห็นควร ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ

เจ้าหน้าที่สินเชื่อ

(.....)