



ประกาศสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
เรื่อง ขยายระยะเวลาเข้าร่วมโครงการสินเชื่อเพื่อช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ที่มีหนี้หลายทาง
ประจำปีบัญชี 2565

.....
ตามที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ได้ออกประกาศเชิญชวนสมาชิกเข้าร่วมโครงการสินเชื่อเพื่อช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ที่มีหนี้หลายทาง ประจำปีบัญชี 2565 วงเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการ จำนวน 80 ล้านบาท โดยกำหนดระยะเวลาเข้าร่วมโครงการฯ ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2565 นั้น

เนื่องจากยังมีสมาชิกให้ความสนใจสมัครเข้าร่วมโครงการฯ เป็นจำนวนมาก อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ข้อ.79 (2), ระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ว่าด้วยการปฏิบัติกรณีสมาชิกขอความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาการชำระหนี้ พ.ศ.2562 และมติคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 28 ครั้งที่ 9/2565 วันที่ 27 มิถุนายน 2565 อนุมัติขยายวงเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ รวมจำนวน 100 ล้านบาท และขยายระยะเวลาเข้าร่วมโครงการฯ ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565

ทั้งนี้ให้สมาชิกที่สนใจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการ ดังกล่าว ตามแบบฟอร์มที่สหกรณ์ฯ กำหนด

ประกาศ ณ วันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ.2565

(นายคมกฤษณ์ สุขไชย)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด



สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก
เลขที่รับ...../.....
วันที่

แบบแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการสินเชื่อเพื่อช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ที่มีหนี้หลายทาง
ประจำปีบัญชี 2565

วันที่

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....อายุ.....ปี
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สังกัด.....ได้รับเงินได้รายเดือนๆ ละ.....บาท
เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....มีความประสงค์จะเข้าร่วม“โครงการสินเชื่อเพื่อช่วยเหลือสมาชิก
สหกรณ์ที่มีหนี้หลายทาง ประจำปีบัญชี 2565 วงเงินที่ต้องการใช้จำนวน.....บาท
(วงเงินนี้อยู่ภายใต้ระเบียบของสหกรณ์ฯ) โดยมีวัตถุประสงค์จะนำไปใช้จ่าย ดังนี้

1.
2.

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจในข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด
และยินยอมถือปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ
(.....)
เลขที่สมาชิก.....

หมายเหตุ : เงื่อนไขการอนุมัติเงินกู้ตามโครงการให้เป็นไปตามระเบียบสหกรณ์ฯ กำหนด