



แบบแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการปฏิบัติกรณีสมาชิกขอความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาการชำระหนี้
แก่สมาชิกที่มีเงินได้รายเดือนคงเหลือรับไม่ถึงร้อยละ 30 ประจำปีบัญชี 2567

วันที่

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียน.....อายุ.....ปี
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สังกัด.....ได้รับเงินได้รายเดือนฯ ละ.....บาท
เบอร์โทร.....มีความประสงค์จะเข้าร่วม“โครงการปฏิบัติกรณีสมาชิกขอความช่วยเหลือ
แก้ไขปัญหาการชำระหนี้แก่สมาชิกที่มีเงินได้รายเดือนคงเหลือรับไม่ถึงร้อยละ 30 ประจำปีบัญชี 2567
วงเงินที่ต้องการใช้จำนวน.....บาท (วงเงินนี้อยู่ภายใต้ระเบียบของสหกรณ์ฯ)
โดยมีวัตถุประสงค์จะนำไปใช้จ่าย ดังนี้

1.
2.

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารสำเนาสลิปเงินเดือน (เดือนล่าสุด) พร้อมรับรองสำเนา และมีความเข้าใจ
ในข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด และยินยอมถือปฏิบัติตาม
ทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

เลขที่สมาชิก.....

หมายเหตุ : เงินไขการอนุมัติเงินกู้ตามโครงการให้เป็นไปตามระเบียบสหกรณ์ฯ กำหนด