



บันทึกข้อความ

หน่วยงาน สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ที่ สอ.สสจ.มท.จก./พิเศษ

วันที่.....

เรื่อง **แจ้งเปลี่ยนแปลงผู้ค้ำประกัน**

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ตามที่ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัดหน่วย (รพ./สสอ.) ได้ทำสัญญาเงินกู้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข

จังหวัดมุกดาหาร จำกัด สัญญาเงินกู้.....เลขที่...../.....ลงวันที่.....

เป็นจำนวนเงิน.....บาท(.....) ข้าพเจ้าขอเปลี่ยนผู้ค้ำ

ประกันสัญญาเงินกู้ดังกล่าว ซึ่ง เดิม คือ.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

เปลี่ยนเป็น.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

ซึ่งในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงผู้ค้ำประกันครั้งนี้ ผู้ค้ำประกันยินยอมปฏิบัติตามกฎหมายและข้อกำหนดและระเบียบ

ต่างๆ ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....

(.....)

สมาชิกเลขที่.....