



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

229 ม.6 ถ.ลพบุรีราเมศวร์ ต.น้ำน้อย อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

โทรศัพท์ 074-313229 โทรสาร 074-436759 www.spssc-coop.com

หนังสือขอรับโอนหนี้

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัดหน่วย.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ยอมรับชำระหนี้ให้สหกรณ์ฯ แทน / ขอรับโอนหนี้แทน

นาย/นาง/นางสาว.....ผู้กู้ในฐานะที่ข้าพเจ้าเป็น ผู้ค้ำประกัน ซึ่งนาย/
นาง/นางสาว.....ได้กู้เงินไปจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา
จำกัด ตามสัญญากู้เงินเลขที่.....ฉบับลงวันที่.....

**ข้าพเจ้าในฐานะผู้ค้ำประกันขอรับโอนหนี้ดังกล่าวข้างต้นเนื่องจากผู้กู้ได้พ้นสภาพจากการ
เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด โดยยินยอมชำระตามเงื่อนไขใน
สัญญาดังกล่าวข้างต้น**

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความทั้งหมดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับโอนหนี้ ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่สหกรณ์
(.....) (.....)

ถือใช้ ตุลาคม 2564