

เลขที่

เงินกู้ฉุกเฉิน
กลุ่มออมทรัพย์นักพัฒนาภาคใต้

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ด.ช. / ด.ญ.นามสกุล
สมาชิกเลขที่.....

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่ หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์

สถานที่ติดต่อ เลขที่ หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์

มีความประสงค์ขอกู้ เงินกู้ฉุกเฉิน ของกลุ่มฯ เป็นเงิน บาท (.....)
เพื่อ

โดยสัญญาว่าจะชำระคืนให้หมด ภายใน 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่ได้รับเงินจากกลุ่มฯ ทั้งนี้ไม่ต้องจ่ายค
บำรุงหรือค่าธรรมเนียมใดๆ แต่ถ้าหากเกินเลยแห่งระยะเวลาที่กำหนดข้างต้น ข้าพเจ้ายินดีและยอมรับที่
จะปฏิบัติตามระเบียบของกลุ่มฯ และเงื่อนไขอื่นๆ ที่คณะกรรมการกลุ่มฯ กำหนดไว้ทุกประการ

ลายมือชื่อ ผู้ขอกู้
(.....)

ผลการพิจารณาของเหรัญญิกกลุ่มฯ

มีความเห็นว่า () อนุมัติ เป็นเงิน บาท (.....)
ผู้ขอกู้รับเงินแล้ว เมื่อวันที่เดือนพ.ศ.....
และมีกำหนดชำระคืนให้หมดภายในวันที่ เดือน พ.ศ.....
() ไม่อนุมัติ เพราะ

ลายมือชื่อ
(.....)
ผู้รับเงิน

ลายมือชื่อ
(.....)
ผู้จ่ายเงิน