

หนังสือยินยอมให้ติดตามทวงถามหนี้
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด

เขียนที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด เลขทะเบียนสมาชิกที่.....ข้าพเจ้ายินยอม
ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด, ผู้รับมอบอำนาจจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด,
ผู้รับมอบอำนาจช่วงในการทวงถามหนี้, ผู้ประกอบธุรกิจทวงถามหนี้, และผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบธุรกิจทวงถามหนี้ ติดตาม
ทวงถามหนี้ตามพระราชบัญญัติ การทวงถามหนี้ พ.ศ. 2558 กับบุคคลดังต่อไปนี้

1. คู่สมรส เบอร์โทรศัพท์.....
2. บุตร เบอร์โทรศัพท์.....
3. บิดา เบอร์โทรศัพท์.....
4. มารดา เบอร์โทรศัพท์.....
5. ผู้บังคับบัญชา เบอร์โทรศัพท์.....
6. ผู้มีหน้าที่ในการหักเงิน เบอร์โทรศัพท์.....
7. บุคคลอื่น (ระบุ).....เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....

เพื่อให้การติดตามทวงถามหนี้ ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด เป็นไปตาม พระราชบัญญัติ การทวง
ถามหนี้ พ.ศ. 2558 จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ให้กู้
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)