

หนังสือรับรองการมีภาระหนี้ / ไม่มีภาระหนี้ต่อธนาคารออมสิน

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำพูน จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัดลำพูน สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขลำพูน จำกัด เลขทะเบียนที่.....ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้า ไม่มีภาระหนี้ดังกล่าวต่อธนาคารออมสิน ในวันที่ที่ขออยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขลำพูน จำกัด ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีภาระหนี้ดังกล่าวกับธนาคารออมสิน ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
จำนวน.....บาท เงินงวดที่ผ่อนชำระต่อเดือน.....

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....

(.....)