

แบบอุทธรณ์การผิณฑชำระหนี้ ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด
ว่าด้วย การอุทธรณ์การผิณฑชำระหนี้ ของสมาชิก พศ.2561

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่.....

เรื่อง อุทธรณ์การผิณฑชำระหนี้

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัด.....

เงินเดือน.....อยู่บ้านเลขที่.....โทรศัพท์.....

ขออุทธรณ์การผิณฑชำระหนี้ ต่อคณะกรรมการดำเนินการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ข้าพเจ้า ☐ ย้ายหน่วยงานสังกัดตามคำสั่งเลขที่.....ออกคำสั่งโดย..... โดยต้องย้ายไปปฏิบัติงานที่หน่วยงาน.....เป็นเหตุให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ไม่สามารถเรียกหักเงินเดือนเพื่อชำระหนี้ ที่ข้าพเจ้ามีในสหกรณ์ได้ทำให้ต้องผิณฑชำระหนี้

2.ข้าพเจ้า ☐ เป็นผู้ผิณฑชำระหนี้ ด้วยเหตุอื่น(ระบุโดยละเอียด).....
.....
.....
.....
.....

ทั้งนี้ เหตุที่ผิณฑชำระหนี้ข้างต้น ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาพร้อมอุทธรณ์ฉบับนี้ด้วยแล้ว แต่ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถแนบเอกสารเป็นหลักฐานพร้อมอุทธรณ์ฉบับนี้ด้วยได้ข้าพเจ้าขอรับรองว่า หากข้อความที่ข้าพเจ้าระบุข้างต้นเป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ดำเนินคดีแพ่งและอาญาแก่ข้าพเจ้าจนถึงที่สุดได้ทันที

ด้วยเหตุดังกล่าวได้เรียนมาข้างต้น ข้าพเจ้ามิได้ตั้งใจผิณฑชำระหนี้ และเหตุที่ผิณฑดังกล่าวถือเป็นเหตุอันสมควร และข้าพเจ้าได้แก้ไขความเสียหายที่เกิดขึ้นเนื่องจากการผิณฑชำระหนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้วจึงขอให้คณะกรรมการดำเนินการโปรดมีมติยกเว้นมิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ผิณฑด้วย

ลงชื่อ.....ผู้อุทธรณ์

(.....)