

หนังสือรับรองรายได้
โครงการแก้ไขปัญหาหนี้ส่วนบุคคลที่ไม่มีหลักประกัน (โครงการคลินิกแก้หนี้)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.
ทำที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
..... อยู่บ้านเลขที่
เบอร์โทรศัพท์ เป็นผู้สมัครเข้าร่วมโครงการคลินิกแก้หนี้ ขอให้ข้อมูลและให้คำรับรอง
ไว้ต่อ บริษัท บริหารสินทรัพย์สุขุมวิท จำกัด (“บสส.”) เพื่อให้ประกอบการพิจารณาเข้าร่วมโครงการ ดังนี้

1. ข้าพเจ้ามีรายได้จากการประกอบอาชีพอิสระ ดังนี้ (สามารถระบุที่มาของรายได้มากกว่า 1 ข้อ
ตามจริง)

(1.) (ระบุนรายละเอียดการประกอบอาชีพ)..... มีรายได้
เฉลี่ยต่อเดือน เป็นเงินจำนวน..... บาท

(2.) (ระบุนรายละเอียดการประกอบอาชีพ)..... มีรายได้
เฉลี่ยต่อเดือน เป็นเงินจำนวน..... บาท

(3.) (ระบุนรายละเอียดการประกอบอาชีพ)..... มีรายได้
เฉลี่ยต่อเดือน เป็นเงินจำนวน..... บาท

2. ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏใน
ภายหลังว่าข้อความที่ได้รับรองไปไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติเข้าร่วม
โครงการคลินิกแก้หนี้และยินดีให้ บสส. ปฏิเสธ หรือพิจารณายกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ทันที

ลงชื่อ

(.....)

ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการคลินิกแก้หนี้