

หนังสือรับรองรายได้

โครงการแก้ไขปัญหาหนี้ส่วนบุคคลที่ไม่มีหลักประกัน (โครงการคลินิกแก้หนี้)

(สำหรับผู้ที่ไม่มีสลิปเงินเดือน / รายการเดินบัญชีย้อนหลัง หรือสเตทเมนต์)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ทำที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่  
..... อยู่บ้านเลขที่ .....

เบอร์โทรศัพท์ ..... เป็นผู้สมัครเข้าร่วมโครงการคลินิกแก้หนี้ ขอให้ข้อมูลและให้คำรับรอง  
ไว้ต่อ บริษัท บริหารสินทรัพย์สุขุมวิท จำกัด (“บสส.”) เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาเข้าร่วมโครงการ ดังนี้

1. ข้าพเจ้ามีรายได้จากการประกอบอาชีพอิสระ ดังนี้ (สามารถระบุที่มาของรายได้มากกว่า 1 ข้อ  
ตามจริง)

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

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

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

2. ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏใน  
ภายหลังว่าข้อความที่ได้รับรองไปไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติเข้าร่วม  
โครงการคลินิกแก้หนี้และยินดีให้ บสส. ปฏิเสธ หรือพิจารณายกเลิกการเข้าร่วมโครงการ ได้ทันที

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการคลินิกแก้หนี้