

แบบฟอร์มแสดงความประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมของพนักงาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว
ในส่วนของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/.....ชื่อ.....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....รหัสพนักงาน.....
ฝ่าย.....แผนก.....
โทรศัพท์..... มีความประสงค์ขอลืออก / เปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมเป็นอัตราร้อยละ.....
(เลือกอัตราเงินสะสมได้ 3-15%)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่านอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับตามข้อบังคับกองทุนแล้ว ข้าพเจ้า
จะไม่เรียกร้องสิทธิใด ๆ จากกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการ

ลงชื่อ.....สมาชิกกองทุน
(.....)

ลงชื่อ..... คณะกรรมการกองทุน

(รองศาสตราจารย์ ดร.สินาด โกศลนันท์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตร์รัตน์ อธิธิมีชัย)

**หมายเหตุ: สมาชิกต้องจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนเป็นรายเดือน ในอัตราร้อยละ 3 - 15 ของค่าจ้างต่อเดือนของสมาชิก โดยสมาชิกสามารถ
เปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมได้ปีละ 1 ครั้ง ทั้งนี้สมาชิกสามารถแจ้งความประสงค์ให้กรรมการกองทุนทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าไม่
น้อยกว่า 30 วัน หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงภายในช่วงเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าสมาชิกมีความจำนงให้ใช้อัตราเงินสะสมเดิม หรือหากเป็น
สมาชิกใหม่ที่มิระบ้อัตราเงินสะสมให้ถือว่าสมาชิกเลือกอัตราสะสมร้อยละ 3