นายจ้าง ราย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กรุงไทย มาสเตอร์ พูล ฟันด์ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วันที่ ___ เดือน _____ พ.ศ. ___

เรียน คณะกรรมการกองทุนเฉพาะส่วน

ข้าพเจ้า ❑ นาย ❑ นาง ❑ นางสาว _____นามสกุล_____

รหัสสมาชิกกองทุน _____ ขอแจ้งความประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสม ดังนี้

	อัตราเดิม	อัตราใหม่
อัตราเงินสะสม		

*** การเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสม ดังกล่าวให้มีผลบังคับใช้ในวันที่** _____

(*จะต้องอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และตามวิธีการที่ข้อบังคับกองทุนและคณะกรรมการกองทุนกำหนดไว้ แล้วแต่กรณี)

โปรดจัดส่งแบบฟอร์มนี้มายังคณะกรรมการกองทุนหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย ภายในวันที่ _____

(หากไม่นำส่งภายในกำหนดเวลา ถือว่าสมาชิกเลือกอัตราเดิม)

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบ เข้าใจ และตกลงจะปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ ในข้อบังคับหลักกองทุน ข้อบังคับกองทุนเฉพาะส่วน และหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกองทุนกำหนดไว้ ทั้งที่มีผลใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันและที่จะได้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงในภายหน้าทุกประการ

ลงชื่อ.....สมาชิก

( )

ได้รับเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ความเห็นกรรมการกองทุน ❑ อนุมัติ ❑ ไม่อนุมัติ เนื่องด้วย .....

ลงชื่อ .....กรรมการกองทุนเฉพาะส่วน

( )