

แบบฟอร์มแสดงความประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมเข้ากองทุน  
สำรองเลี้ยงชีพพนักงานมหาวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว  
ในส่วนของมหาวิทยาลัยราชภัฏ .....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ชื่อ.....นามสกุล.....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....รหัสสมาชิกกองทุน.....  
สังกัด.....โทรศัพท์..... มีความประสงค์  
ขอเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมจากเดิมในอัตราร้อยละ.....เป็นอัตราร้อยละ.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่านอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับตามข้อบังคับกองทุนแล้ว  
ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องสิทธิใด ๆ จากกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการ

ลงชื่อ.....สมาชิกกองทุน  
(.....)

ลงชื่อ..... คณะกรรมการกองทุน  
(.....)

ลงชื่อ..... คณะกรรมการกองทุน  
(.....)

\*\*หมายเหตุ: สมาชิกต้องจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนเป็นรายเดือน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 และไม่เกินร้อยละ 15)  
ของค่าจ้างต่อเดือนของสมาชิก โดยสมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมได้ปีละ .....1.....ครั้ง ทั้งนี้  
สมาชิกสามารถแจ้งความประสงค์ให้กรรมการกองทุนทราบเป็นลายลักษณ์อักษร และส่งแบบฟอร์มที่งานการ  
เจ้าหน้าที่ภายในเดือน ....ธันวาคม.... ของทุกปี หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงภายในช่วงเวลาดังกล่าว ให้ถือว่า  
สมาชิกมีความจำนงให้ใช้อัตราเงินสะสมเดิม