

นายจ้าง มหาวิทยาลัยบูรพา
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ไทยมั่นคง มาสเตอร์ พูล ฟันด์ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วันที่ ____ เดือน _____ พ.ศ. ____

เรียน คณะกรรมการกองทุนเฉพาะส่วน มหาวิทยาลัยบูรพา

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว _____ นามสกุล _____
รหัสสมาชิกกองทุน _____ ขอแจ้งความประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสม ดังนี้

อัตราเงินสะสม	อัตราเดิม	อัตราใหม่

* การเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสม ดังกล่าว ให้มีผลบังคับใช้ในวันที่ _____
(*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
ลงชื่อกรรมการกองทุนเฉพาะส่วน
()