

แบบขอลาออกจากสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ
สำหรับพนักงานโรงพยาบาล ประเภทประจำ และพนักงานเงินรายได้โรงพยาบาล

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เค มาสเตอร์ พูล ฟันด์ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
ประเภท..... สังกัด (หน่วยงาน).....
รหัสสมาชิกกองทุนฯ (เลขประจำตัวบัตรประชาชน).....ได้เริ่มเป็นสมาชิกกองทุนฯ
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....มีความประสงค์ขอลาออกจากการเป็นสมาชิกกองทุนฯ
ตั้งแต่วันที่.....พ.ศ.....เนื่องจาก.....
.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้.....
.....โทร. E-Mail.....

การขอรับเงินสะสมและเงินสมทบคืน

☐ ส่งจ่ายเป็นเช็คในนามของข้าพเจ้า และขอรับเช็คที่ต้นสังกัด

☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าตามรายละเอียดดังนี้

(โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน และสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกซึ่งมีชื่อบัญชี/เลขที่บัญชี)

ธนาคาร.....สาขา.....ประเภทบัญชี.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ที่อยู่ ที่สามารถจัดส่งใบรายงานส่วนของสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเมื่อสิ้นสุดสมาชิกภาพ

.....
.....

ลงชื่อ.....สมาชิกกองทุน
(.....)

คณะกรรมการกองทุนรับรองการลาออกจากสมาชิกกองทุน

ลงชื่อ.....กรรมการกองทุน
(.....)

หมายเหตุ ให้ยื่นหนังสือขอลาออกจากการเป็นสมาชิกกองทุนฯ ล่วงหน้าก่อนวันที่จะขอลาออกฯ