

แบบฟอร์มการเลือกอัตราเงินสะสม  
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เค มาสเตอร์ พูล ฟันด์ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วัน.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา  
ในส่วนของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา/กองทุนเฉพาะส่วน

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอแจ้งความประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมที่จะนำส่งเข้ากองทุน โดยมีรายละเอียดดังนี้

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ร้อยละ 2 ของค่าจ้าง | <input type="checkbox"/> ร้อยละ 9 ของค่าจ้าง  |
| <input type="checkbox"/> ร้อยละ 3 ของค่าจ้าง | <input type="checkbox"/> ร้อยละ 10 ของค่าจ้าง |
| <input type="checkbox"/> ร้อยละ 4 ของค่าจ้าง | <input type="checkbox"/> ร้อยละ 11 ของค่าจ้าง |
| <input type="checkbox"/> ร้อยละ 5 ของค่าจ้าง | <input type="checkbox"/> ร้อยละ 12 ของค่าจ้าง |
| <input type="checkbox"/> ร้อยละ 6 ของค่าจ้าง | <input type="checkbox"/> ร้อยละ 13 ของค่าจ้าง |
| <input type="checkbox"/> ร้อยละ 7 ของค่าจ้าง | <input type="checkbox"/> ร้อยละ 14 ของค่าจ้าง |
| <input type="checkbox"/> ร้อยละ 8 ของค่าจ้าง | <input type="checkbox"/> ร้อยละ 15 ของค่าจ้าง |

\* สามารถตรวจสอบอัตราเงินสะสมที่นำเข้ากองทุนในปัจจุบันได้ที่ ระบบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพได้ที่  
<https://fund.rmutl.ac.th/> หรือติดต่อ 0 5392 1444 ต่อ 1226

ทั้งนี้ การเลือกดังกล่าว จะมีผลบังคับตามที่กำหนดไว้ในประกาศมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา  
เรื่อง การรับสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา พ.ศ. 2567

ลงชื่อ.....สมาชิก

(.....)

ได้รับวันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....	<input type="checkbox"/> อนุมัติ
ลงชื่อ...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ
(.....)(.....)	
กรรมการกองทุนเฉพาะส่วน/ผู้รับมอบหมาย	ความเห็นกรรมการกองทุนเฉพาะส่วน/ ผู้รับมอบหมาย