

แบบฟอร์มการเลือกอัตราเงินสะสม
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เค มาสเตอร์ พูล ฟันด์ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วัน.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา
ในส่วนของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา/กองทุนเฉพาะส่วน

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....นางสาวยินดี.....นามสกุล.....ให้บริการ
เลขประจำตัวประชาชน.....ระบุเลขที่บัตร ปชช. 13 หลัก.....สังกัด.....คณะ, หน่วยงาน/พื้นที่.....เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์มือถือ.....

ขอแจ้งความประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงอัตราเงินสะสมที่จะนำส่งเข้ากองทุน โดยมีรายละเอียดดังนี้
เลือกอัตราเงินสะสม (1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| ☐ ร้อยละ 2 ของค่าจ้าง | ☐ ร้อยละ 9 ของค่าจ้าง |
| ☐ ร้อยละ 3 ของค่าจ้าง | ☐ ร้อยละ 10 ของค่าจ้าง |
| ☐ ร้อยละ 4 ของค่าจ้าง | ☐ ร้อยละ 11 ของค่าจ้าง |
| ☐ ร้อยละ 5 ของค่าจ้าง | ☐ ร้อยละ 12 ของค่าจ้าง |
| ☐ ร้อยละ 6 ของค่าจ้าง | ☐ ร้อยละ 13 ของค่าจ้าง |
| ☐ ร้อยละ 7 ของค่าจ้าง | ☐ ร้อยละ 14 ของค่าจ้าง |
| ☐ ร้อยละ 8 ของค่าจ้าง | ☐ 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.....ลงลายมือชื่อ.....สมาชิก

(.....ระบุชื่อ-สกุล ตัวบรรจง.....)

ได้รับวันที่เดือน..... พ.ศ..... ลงชื่อ...../..... (.....)(.....) กรรมการกองทุนเฉพาะส่วน/ผู้รับมอบหมาย	☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ ความเห็นกรรมการกองทุนเฉพาะส่วน/ ผู้รับมอบหมาย
---	---