

ใบนำฝากพิเศษ/หลักฐานการรับเงิน กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Special Deposit Slip / Receipt Slip for Provident Fund)

สำหรับค่าธรรมเนียมรายการสมาชิกพ้นสภาพและขอคืนเงินไว้ในกองทุน/สมาชิกเกษียณอายุขอรับเงินงวด/กรณีขอให้บริษัทจัดการดำเนินการในกรณีต่างๆ

เพื่อนำเข้าบัญชี / Deposit to Account

บริษัทหลักทรัพย์จัดการกองทุน กรุงศรี จำกัด



บมจ.ธนาคารกรุงศรีอยุธยา / BANK OF AYUDHYA PCL.เลขที่บัญชี 285-0-01805-4 (Company code 28054)

สาขาผู้รับฝาก / Branch Name _____ วันที่ / Date _____

ชื่อลูกค้า / Customer Name _____

Cust No./Ref No. 1 _____ (รหัสนายจ้าง)

Cust No./Ref No. 2 _____ (รหัสสมาชิก)

หมายเลขเช็ค / Cheque No.	เช็คลงวันที่ / Date	ชื่อธนาคาร / Bank Name	สาขา / Branch	บาท / Baht
<input type="checkbox"/> เงินสด Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคาร Authorized Signature	
ชื่อผู้นำฝาก / Name of Depositor _____ โทรศัพท์ / Tel. _____				

ฝ่ายทะเบียนสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ โทร. 0 2 657 5757 ต่อ 5790-5793 โทรสาร 0 2296 3151

บริษัทหลักทรัพย์จัดการกองทุน กรุงศรี จำกัด ชั้น 12 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ เลขที่ 898 ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หมายเหตุ : ใบ PAY IN ฉบับนี้เป็นหลักฐานการรับเงิน เมื่อบริษัทจัดการเรียกเก็บเงินตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้แล้ว

กรุณาตัดตามรอยปรุ / Please cut along the dotted line

ใบนำฝากพิเศษ/หลักฐานการรับเงิน กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Special Deposit Slip / Receipt Slip for Provident Fund)

สำหรับค่าธรรมเนียมรายการสมาชิกพ้นสภาพและขอคืนเงินไว้ในกองทุน/สมาชิกเกษียณอายุขอรับเงินงวด/กรณีขอให้บริษัทจัดการดำเนินการในกรณีต่างๆ

เพื่อนำเข้าบัญชี / Deposit to Account

บริษัทหลักทรัพย์จัดการกองทุน กรุงศรี จำกัด



บมจ.ธนาคารกรุงศรีอยุธยา / BANK OF AYUDHYA PCL.เลขที่บัญชี 285-0-01805-4 (Company code 28054)

สาขาผู้รับฝาก / Branch Name _____ วันที่ / Date _____

ชื่อลูกค้า / Customer Name _____

Cust No./Ref No. 1 _____ (รหัสนายจ้าง)

Cust No./Ref No. 2 _____ (รหัสสมาชิก)

หมายเลขเช็ค / Cheque No.	เช็คลงวันที่ / Date	ชื่อธนาคาร / Bank Name	สาขา / Branch	บาท / Baht
<input type="checkbox"/> เงินสด Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคาร Authorized Signature	
ชื่อผู้นำฝาก / Name of Depositor _____ โทรศัพท์ / Tel. _____				

ฝ่ายทะเบียนสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ โทร. 0 2 657 5757 ต่อ 5790-5793 โทรสาร 0 2296 3151

บริษัทหลักทรัพย์จัดการกองทุน กรุงศรี จำกัด ชั้น 12 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ เลขที่ 898 ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หมายเหตุ : ใบ PAY IN ฉบับนี้เป็นหลักฐานการรับเงิน เมื่อบริษัทจัดการเรียกเก็บเงินตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้แล้ว