



ใบระบุดูรับผลประโยชน์/เปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์
กองทุนเงินสะสมสมทบ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน อธิการบดี

ตามข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....สังกัด.....

โทรศัพท์.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ได้สมัครเข้าร่วมกองทุนเงินสะสมสมทบ

โดยยังมีได้ระบุดูรับผลประโยชน์ / ได้ระบุดูรับผลประโยชน์จากกองทุนเงินสะสมสมทบ ในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิตขณะที่ยังไม่
 พ้นสภาพการเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยและมีสิทธิได้รับเงินจากกองทุนเงินสะสมสมทบ นั้น

บัดนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรบุดูรับผลประโยชน์ / เปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ ดังกล่าวใหม่ โดยให้มีผล
 ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ดังรายชื่อต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	มีความสัมพันธ์กับข้าพเจ้าเป็น	สัดส่วนการรับผลประโยชน์
1			
2			
3			
4			
5			

ทั้งนี้ หากบุคคลที่ระบุดูรับผลประโยชน์ได้เสียชีวิตไปก่อนได้รับผลประโยชน์ และไม่มีบุคคลอื่นตามที่ระบุดูไว้ ให้สิทธิการรับผลประโยชน์
 ดังกล่าวตกทอดแก่ทายาทโดยธรรมของข้าพเจ้า สำหรับรายละเอียดอื่นและถ้อยคำที่ได้ให้ไว้เป็นหลักฐานในใบสมัครเข้าร่วม
 กองทุนเงินสะสมสมทบและใบขอเปลี่ยนอัตราเงินสะสม (ถ้ามี) ยังคงเหมือนเดิมทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมกองทุน

(.....)

(ส่วนของผู้รับหน้าที่)

ตรวจสอบแล้วบุคลากรดังกล่าว มีสิทธิระบุดูรับผลประโยชน์/เปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ จากกองทุนเงินสะสมสมทบ
 ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ว่าด้วยกองทุนเงินสะสมสมทบ พ.ศ.2549 ได้

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....