

แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร/ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูล

สำหรับ (Vender) ผู้มีสิทธิรับเงิน

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

- บุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ประเภท ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำเงินงบประมาณฯ
 ลูกจ้างประจำเงินนอกงบประมาณฯ พนักงานมหาวิทยาลัย
 บุคคลธรรมดา นิติบุคคล ใดๆ(โปรดระบุ).....

ข้าพเจ้า.....เลขบัตรประชาชน.....

สังกัด(คณะ/สถาบัน/ศูนย์/สำนัก).....ตำแหน่ง.....

อยู่บ้านเลขที่.....อาคาร.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....มือถือ(ที่สามารถติดต่อได้).....

E-mail.....

มีความประสงค์ให้หน่วยการเงิน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการต่อไปนี้ :

- เพิ่มบัญชีธนาคาร/เปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคารที่ใช้ในการรับเงินค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จากคณะทันตแพทยศาสตร์ โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ประเภทบัญชี.....ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....
หมายเหตุ.....

- เปลี่ยนแปลง E-mail ที่ใช้ในการรับเอกสารจากหน่วยการเงิน โดยเดิมจาก E-mail(เดิม).....เปลี่ยนเป็น.....
เหตุผล เนื่องจาก.....
.....ให้มีผลตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

- Resend Email ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของทางหน่วยการเงิน เอกสารที่จะขอให้ Resend Email ใบแจ้งโอนเงินผ่านธนาคาร หนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
เหตุผล เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับเงิน/ผู้ยื่นคำขอ)
(.....)

หมายเหตุเอกสารประกอบ

สอบถามสถานะการโอนเงินหรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

1.สำเนาบัตรประชาชน

หน่วยการ

2.สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร

2