

สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์

แบบแจ้งการขอคืนเงินอื่นๆ

133 ถนนสุขุมวิท 21 (อโศก) แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ 0-2685-2525 Email: tfacmember@tfac.or.th

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้แจ้งความประสงค์ขอคืนเงิน

รายละเอียดการขอคืนเงิน	
ชื่อ (ที่ระบุในใบเสร็จรับเงิน) _____	
ชื่อ-นามสกุล (ผู้แจ้ง/ผู้ประสานงาน) _____	
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____ Email _____	
ระบุประเภทของรายการ	<input type="checkbox"/> ค่าบำรุงสมาชิก _____ <input type="checkbox"/> ค่าใบอนุญาตผู้สอบบัญชี <input type="checkbox"/> ค่าธรรมเนียมนิติบุคคล _____ <input type="checkbox"/> ค่าพิจารณาหลักสูตร <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____
จำนวนเงินที่ขอคืน _____ บาท (_____)	
เหตุผลที่ขอคืนเงิน _____	
โปรดระบุธนาคารที่ประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชี (ขอสงวนสิทธิ์โอนเข้าชื่อบัญชีตามที่ระบุในใบเสร็จรับเงินเท่านั้น)	
ธนาคาร _____	เลขที่บัญชี _____
ชื่อบัญชี _____	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน
ลงนาม _____	วันที่ _____
ผู้แจ้ง/ผู้กระทำการแทน	
*** ส่วนงานการเงินจะทำการโอนเงินคืนในวันศุกร์ของสัปดาห์ถัดไป หลังจากที่ได้รับเอกสารและข้อมูลครบถ้วน และหากในวันทีโอนดังกล่าวตรงกับวันหยุดทำการของสภาวิชาชีพบัญชี จะโอนเงินให้ในวันทำการถัดไป ***	

ส่วนที่ 2 สำหรับส่วนงานที่เกี่ยวข้อง

<input type="checkbox"/> ยังไม่ออกใบเสร็จรับเงิน (ชำระเงินเข้าบัญชีธนาคาร _____ วันที่ชำระเงิน _____)	
<input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินเลขที่ _____ วันที่ออกใบเสร็จรับเงิน _____	
อนุมัติให้คืนเงินจำนวน _____ บาท (_____)	
เจ้าหน้าที่ผู้ส่งเรื่อง/วันที่ _____	ผู้อนุมัติ/วันที่ _____

ส่วนที่ 3 สำหรับส่วนงานการเงิน

PV # _____

เลขที่ใบลดหนี้ CN _____	ชำระเงินคืนโดย <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชี มีผลวันที่ _____
ผู้จัดทำ/วันที่ _____	<input type="checkbox"/> เช็คเลขที่ _____
ผู้อนุมัติ/วันที่ _____	ผู้จัดทำ/วันที่ _____ ผู้อนุมัติ/วันที่ _____