

សំណើសុំកែប្រែព័ត៌មានរបស់អតិថិជន

*កាលបរិច្ឆេទ: *លេខពាក្យស្នើសុំ/បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:

*ទូរស័ព្ទដៃ: *ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:

ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងទីពីរ: *អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង:

អ៊ីម៉ែល:..... ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងក្នុងគ្រាមានអាសន្ន:

I. សូមបំពេញនូវព័ត៌មាន(ថ្មី) ដែលត្រូវស្នើសុំកែប្រែ ដូចខាងក្រោមរបស់៖

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

1. ឈ្មោះ: សញ្ជាតិ:
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:ប្រទេសកំណើត:
- ស្ថានភាពគ្រួសារ:លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ /សំបុត្រកំណើត:
2. មុខងារ:
- ការរៀបរាប់លម្អិតអំពីការងារ:
3. អាសយដ្ឋាន (ថ្មី)៖
- ផ្ទះលេខ:.....ផ្លូវ:..... ភូមិ:.....ឃុំ/សង្កាត់:
- ស្រុក/ខណ្ឌ: ខេត្ត / ក្រុង:.....
4. អ៊ីម៉ែល (ថ្មី): ទូរស័ព្ទដៃ (ថ្មី):
- ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងទីពីរ ប្រទេសនៃលេខទូរស័ព្ទ:

* តើបច្ចុប្បន្ន អ្នកមានកាតព្វកិច្ចបង់ពន្ធនៅសហរដ្ឋអាមេរិកដែរឬទេ? គ្មាន មាន

ចំណាំ៖ * គឺជាចំណុចចាំបាច់ដែលត្រូវតែបំពេញជាដាច់ខាត និងឲ្យបានត្រឹមត្រូវ។

ប្រសិនបើសំណើសុំកែប្រែនេះ មានការកែប្រែឈ្មោះ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ឬលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ លិខិតឆ្លងដែន / សំបុត្រកំណើត អតិថិជនត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយនូវ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន /សំបុត្រកំណើត ច្បាប់ដើម ដែលមានសុពលភាព មានចុះឈ្មោះពេញ និងថ្ងៃខែឆ្នាំ ។

- ខ្ញុំជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង សូមធានាថា នឹងផ្តល់ជូនឲ្យទាន់ពេលវេលានូវព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ ដល់ក្រុមហ៊ុនប្រ៊ូដិនស៊ីល **កម្ពុជា** ហើយបានជ្រើសរើសឧបករណ៍ស្រេចដើម្បីផ្តល់ភ័ស្តុតាង ឬព័ត៌មានតាមការស្នើសុំផ្សេងៗទៀត និងយល់ព្រមផ្តល់នូវព័ត៌មានចាំបាច់ទាំងឡាយដែល **ក្រុមហ៊ុន ប្រ៊ូដិនស៊ីលកម្ពុជា** ត្រូវការប្រមូលដើម្បីវាយតម្លៃលើពាក្យស្នើសុំតាមសំណើខាងលើនេះ។
- ខ្ញុំសូមអះអាងថា នឹងមិនផ្តល់នូវព័ត៌មានផ្សេងៗមិនត្រឹមត្រូវ ដែលប៉ះពាល់ដល់ការទទួលយកពាក្យស្នើសុំ និងការវិភាគហានិភ័យរបស់ក្រុមហ៊ុននោះឡើយ។

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង

ហត្ថលេខា ឬ ស្នាមមេដៃ (ដូចនឹងកញ្ចប់បណ្ណ)

ហត្ថលេខា:

ឈ្មោះពេញ:

កាលបរិច្ឆេទ:

សេចក្តីប្រកាសរបស់ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត

ខ្ញុំសូមអះអាងថា ខ្ញុំពិតជាបានឃើញ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ចុះហត្ថលេខា/ផ្តិតមេដៃ ពិតប្រាកដមែន ។

ខ្ញុំសូមអះអាងថាបន្ទាប់ពីសំណើសុំផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានរបស់អតិថិជនដូចជា សំណើសុំ បោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង សំណើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង សំណើសុំ ផ្លាស់ប្តូរអ្នកទទួលបាន បានប្រគល់មកដល់ក្រុមហ៊ុន ខ្ញុំមានតួនាទីប្រមូល និងប្រគល់ ឯកសារទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសំណើនេះ មកកាន់ PSCC នៅអគារវីត្រាស់ថារឺវើ ជាន់ផ្ទាល់ដី (មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់សេវាអតិថិជន) ក្នុងរយៈពេល ១៥ ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃ ដែលអតិថិជនចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់ស្នើសុំនេះ បើមិនដូច្នោះទេខ្ញុំនឹងទទួលខុស ត្រូវរាល់ការលេចធ្លាយព័ត៌មានរបស់អតិថិជន។

(ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ / ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត/អ្នកផ្តល់សេវាអតិថិជន)

ហត្ថលេខា:

ឈ្មោះពេញ:

លេខកូដ:

ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង:

កាលបរិច្ឆេទ:

កាលបរិច្ឆេទទទួលសំណើ: