

ព័ត៌មានអំពីការស្នាក់នៅ និងការធ្វើដំណើរទៅក្រៅប្រទេស

*កាលបរិច្ឆេទ..... *លេខពាក្យស្នើសុំ/បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:

*ទូរស័ព្ទដៃ: *ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:

ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងទីពីរ: *អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង
 អ៊ីម៉ែល:..... ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងក្នុងគ្រាមានអាសន្ន:

ការជូនដំណឹងពីការធ្វើដំណើរទៅក្រៅប្រទេសរបស់ ៖ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី01 អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី02

- *គោលបំណងនៃការធ្វើដំណើរ:
 កាលបរិច្ឆេទដែលនឹងត្រូវចេញដំណើរ
 មធ្យោបាយនៃការធ្វើដំណើរ
 ប្រទេសជាគោលដៅ
 រយៈពេលនៃការស្នាក់នៅ
- *មុខរបរ:ការរៀបរាប់លម្អិតអំពីការងារ:
- *អាសយដ្ឋាន (ថ្មី)៖
 ផ្ទះលេខ: ផ្លូវ: ភូមិ:..... ឃុំ/សង្កាត់:
 ស្រុក/ខណ្ឌ: ខេត្ត / ក្រុង: ប្រទេស:
 អ៊ីម៉ែល : ទូរស័ព្ទដៃ (ថ្មី):
 ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងទីពីរ លេខកូដប្រទេស:
- *តើបច្ចុប្បន្ន អ្នកមានកាតព្វកិច្ចបង់ពន្ធនៅសហរដ្ឋអាមេរិកដែរឬទេ? គ្មាន មាន
- *អ្នកតំណាងបងប្អូនលោកធានារ៉ាប់រងរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនងនៅកម្ពុជា៖
 ឈ្មោះពេញ : ភេទ
 ទំនាក់ទំនងជាមួយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង.....លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/សំបុត្រកំណើត:.....
 អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនងនៅកម្ពុជា:.....
 តើអ្នកនឹងបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដល់ក្រុមហ៊ុនដោយរបៀបណា?.....
 ទូរស័ព្ទដៃ: ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងទីពីរ:
- តើអ្នករំពឹងថានឹងចំណាយពេលវេលាក្នុងប្រទេសនេះរបស់អ្នកនៅក្នុងទីក្រុងធំៗមែនទេ? បាទ/ចាស អត់ទេ
 ប្រសិនបើគ្មាន សូមផ្តល់ឈ្មោះទីក្រុង/តំបន់ និងព័ត៌មានលម្អិតនៃកន្លែងស្នាក់នៅរបស់អ្នក លទ្ធភាពទទួលបានគ្រឿងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ និងការ
 រៀបចំការធ្វើដំណើរក្នុងតំបន់របស់អ្នក (ឧទា: យន្តហោះធុនស្រាល, ទូក។ ល។) ។

- ប្រសិនបើ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង (ទី១ ឬទី២) មានគម្រោងចេញទៅបរទេស ឬស្នាក់នៅក្រៅប្រទេសរយៈពេល 3 ខែ ជាប់គ្នា ឬលើសពី 03ខែ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវធ្វើលិខិតជូនដំណឹងនេះមកកាន់ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនស៊ីលកម្ពុជាមុនពេលដែលអ្នកត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រង ចាកចេញទៅបរទេស ឬផ្ញើមកឲ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ។
- ក្នុងករណីដែលម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមលោក-លោកស្រី មេត្តាធ្វើការជូនដំណឹងជាមុនដល់ **ក្រុមហ៊ុន ព្រូដិនស៊ីលកម្ពុជា** ពីអ្នកតំណាងបងប្អូនលោកធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើមាន។ អ្នកតំណាងបងប្អូនលោកធានារ៉ាប់រង មិនមានសិទ្ធិទទួល បានអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយពីបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះឡើយ។ រាល់សំណើទាំងអស់ដែលទាក់ទងទៅនឹងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ចាំបាច់ត្រូវតែបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាដោយផ្ទាល់ពីម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
- រាល់ទំនាក់ទំនងរវាង**ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនស៊ីលកម្ពុជា** និងម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ត្រូវធ្វើឡើងតាមអាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនងក្នុងប្រទេសកម្ពុជាដែល បានរៀបរាប់ខាងលើ។

- (ឃ). ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អាចជ្រើសតាំងឲ្យអ្នកតំណាងមកទទួលយកប្រាក់ទាំងអស់ដែល **ក្រុមហ៊ុនព្រូជិនសសលកម្ពុជា** ត្រូវទូទាត់ជូន (លើកលែងតែការទាមទារសំណងនៅកាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ធានានៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬការទាមទារសំណងលើព្រឹត្តិការណ៍ស្ថិតនៅក្នុងការធានា) ប៉ុន្តែលិខិតជ្រើសតាំងនោះចាំបាច់ត្រូវតែបំពេញដោយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកតំណាង**ក្រុមហ៊ុន ព្រូជិនសសលកម្ពុជា** ធ្វើជាសាក្សី។
- (ង). ការមិនអាចផ្តល់ឯកសារបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងផ្លូវច្បាប់ រវាង អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកទទួលបាន ជាមួយនឹងម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អាចបណ្តាលឲ្យមានការបដិសេធក្នុងការទូទាត់សំណង។

ឯកសារភ្ជាប់៖ ការជូនដំណឹងពីការធ្វើដំណើរទៅក្រៅប្រទេស (សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ថតចម្លងលិខិតឆ្លងដែនគ្រងទំព័រ ដែលមានបិទបិទបង្គោល និងច្បាប់ថតចម្លងទិដ្ឋាការដែលនៅមានសុពលភាព ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃស្មើ ប្រសិនបើមាន)។
 អ្នកតំណាងបងប្អូនលោកធានារ៉ាប់រង (រូបវន្តបុគ្គល) ត្រូវភ្ជាប់មកនូវអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ សំបុត្រកំណើត ឬឯកសារដែលមានតម្លៃស្មើផ្សេងទៀត

ចំណាំ៖ * គឺជាចំណុច ចាំបាច់ដែលត្រូវតែបំពេញជាដាច់ខាត និងឲ្យបានត្រឹមត្រូវ។

ខ្ញុំជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងសូមអះអាងថា រាល់ចម្លើយដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនជាការពិត និងត្រឹមត្រូវ ហើយនឹងមិនផ្តល់នូវព័ត៌មានផ្សេងៗមិនត្រឹមត្រូវ ដែលប៉ះពាល់ដល់ការទទួលយកពាក្យស្នើសុំ និងការវិភាគហានិភ័យរបស់ក្រុមហ៊ុននោះឡើយ។

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង

ហត្ថលេខា ឬ ស្នាមមេដៃ (**ដូចនឹងកញ្ចប់បណ្ណ**)

.....
 ឈ្មោះពេញ:
 កាលបរិច្ឆេទ:

សេចក្តីប្រកាសរបស់ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត

ខ្ញុំសូមអះអាងថា ខ្ញុំពិតជាបានឃើញ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ចុះហត្ថលេខា/ផ្តិតមេដៃ ពិតប្រាកដមែន ។
 ខ្ញុំសូមអះអាងថាបន្ទាប់ពីសំណើសុំផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានរបស់អតិថិជនដូចជា សំណើសុំបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង សំណើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរអ្នកទទួលបាន បានប្រគល់មកដល់ក្រុមហ៊ុន ខ្ញុំមានតួនាទីប្រមូល និងប្រគល់ឯកសារទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសំណើនេះ មកកាន់ PSCC នៅអគារវីត្រាស់ថារធីរី ជាន់ផ្តាស់ដី (មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់សេវាអតិថិជន) ក្នុងរយៈពេល ១៥ ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអតិថិជនចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់ស្នើសុំនេះ បើមិនដូច្នោះទេខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវរាល់ការលេចធ្លាយព័ត៌មានរបស់អតិថិជន។

(ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ / ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត/
 អ្នកផ្តល់សេវាអតិថិជន)

ហត្ថលេខា:
 ឈ្មោះពេញ:
 លេខកូដ:
 កាលបរិច្ឆេទទទួលសំណើ:
 ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង: