

សំណើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ

កាលបរិច្ឆេទ: អ៊ីម៉ែល:.....
 លេខពាក្យស្នើសុំ: ទូរស័ព្ទដៃ:
 លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង: ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងខ្សែទីពីរ:
 ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង: ប្រទេសនៃលេខទូរស័ព្ទ:

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងបានអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់:

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដែលជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើសូមស្នើ **ក្រុមហ៊ុនព្រូឌីនសលកម្ពុជា** ឲ្យបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតឡើងវិញ តាមរបៀបដូចខាងក្រោម៖

- សូមក្លាបមកជាមួយនូវការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ ដែលមិនទាន់បានបង់ចាប់តាំងពីពេលអស់សុពលភាពដើម្បីធ្វើឲ្យបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើមានសុពលភាពឡើងវិញ (រួមទាំងបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវដល់កំណត់បង់បន្ទាប់ផងដែរ ប្រសិនបើរយៈពេលបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង នោះនៅសល់តិចជាង 15 ថ្ងៃ។

ប្រសិនបើបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអស់សុពលភាពចាប់ពីរយៈពេល 06 ទៅ 24 ខែ សូមក្លាបនូវទម្រង់បែបបទប្រកាសសុខភាព មកជាមួយនឹងសំណើនេះ។
 ប្រសិនបើ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអស់សុពលភាពតិចជាងរយៈពេល 06 ខែ សូមអានចំណុចខាងក្រោម៖

ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ សូមធានាថា អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបច្ចុប្បន្ននេះ (រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងមូលដ្ឋាន និង អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលក្ខខណ្ឌបន្ថែម ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ **ក្រុមហ៊ុនព្រូឌីនសលកម្ពុជា** តាមរយៈការធានារ៉ាប់រងនៃលក្ខខណ្ឌបន្ថែមរបស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងប្រសិនបើមាន)៖

- ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពដែលមានសុខភាពល្អប្រសើរ និងមិនមានជម្ងឺ ឬរបួសណាដែលខុសពីពេលដែលបានដាក់ពាក្យសុំនោះឡើយហើយ
- ចាប់តាំងពីពេលអស់សុពលភាពរហូតមកដល់បច្ចុប្បន្ននេះ មិនធ្លាប់បានទៅពិនិត្យសុខភាព មិនធ្លាប់បាន ទទួលសេវា ប្រឹក្សាទាក់ទងនឹងជំងឺមហារីក ជំងឺអេដស៍ និងមិនធ្លាប់មានគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដែលទាមទារឲ្យមានការតាមដានសុខភាពនោះឡើយ និងមិនមានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងណាមួយដែលមានការតម្លើងថ្លៃទឹកប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ឬមានការលុបចោល ផ្អាក ឬបដិសេធ ហើយក៏មិនមានការដាក់ពាក្យសុំទាមទារសំណង ឬកំពុងដាក់ពាក្យសុំទាមទារសំណង ចំពោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតណាមួយ រួមទាំង **ក្រុមហ៊ុនព្រូឌីនសលកម្ពុជា** ឡើយ។
- មិនមានការប្រែប្រួលណាមួយទាក់ទងនឹងអាជីពការងារ សកម្មភាពកីឡា ឬសកម្មភាពកំសាន្តផ្សេងៗដែលមានគ្រោះថ្នាក់ណាមួយផងដែរ។

ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ ក៏យល់ផងដែរថា ព័ត៌មានខាងលើនឹងត្រូវបានយកទៅប្រើប្រាស់ដើម្បីធ្វើជាមូលដ្ឋានផ្នែកច្បាប់ សម្រាប់វាយតម្លៃលើការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ហើយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ព្រមថា រាល់ការបំពានលើការប្រកាសខាងលើនេះ នឹងធ្វើឲ្យការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងទទួលមោឃភាព ដោយផ្អែកលើ ខ និងលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងច្បាប់ជាធរមាន។

ប្រសិនបើ លោក-លោកស្រី មិនអាចធានាបាននូវព័ត៌មានខាងលើដែលទាក់ទងនឹងស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬចង់ផ្តល់នូវព័ត៌មានបន្ថែម សូមបំពេញក្នុងប្រអប់ខាងក្រោមនេះ និងបំពេញទម្រង់បែបបទប្រកាសសុខភាព។

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមធានាផ្តល់នូវរាល់ភស្តុតាង ឬព័ត៌មានចាំបាច់ផ្សេងៗទៀតដែលក្រុមហ៊ុនត្រូវការ និងយល់ព្រមឲ្យ **ក្រុមហ៊ុនព្រូជិនសលកម្ពុជា** ប្រមូលព័ត៌មានសម្រាប់វាយតម្លៃលើការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំយល់ថា សំណើខាងលើនឹងមានប្រសិទ្ធភាពបាន លុះត្រាតែ **ក្រុមហ៊ុនព្រូជិនសលកម្ពុជា** អនុម័តលើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនិងទទួលបានបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង បន្ថែម (ប្រសិនបើមាន)។

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង

ហត្ថលេខា:
 ឈ្មោះពេញ:
 កាលបរិច្ឆេទ:

សេចក្តីបញ្ជាក់របស់សាក្សី

ខ្ញុំសូមអះអាងថា ខ្ញុំពិតជាបានឃើញការចុះហត្ថលេខាខាងលើនេះហើយតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំហត្ថលេខានេះពិតជារបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើប្រាកដមែន។ (ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត/ អ្នកផ្តល់សេវាអតិថិជន)

ហត្ថលេខា:
 ឈ្មោះពេញ:
 លេខកូដ:
 កាលបរិច្ឆេទទទួលសំណើ: