

សំណើសុំកែប្រែព័ត៌មានអតិថិជន

កាលបរិច្ឆេទ: លេខពាក្យស្នើសុំ:

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង: លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង: ទូរស័ព្ទដៃ:

I. ស្នើសុំកែប្រែព័ត៌មាន ដូចខាងក្រោមរបស់

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

1. ពីឈ្មោះ: ទៅឈ្មោះ: សញ្ជាតិ: ទៅ.....
 ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:/...../..... ទៅ/...../..... ប្រទេសកំណើត:
 ស្ថានភាពគ្រួសារ: លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/សំបុត្រកំណើត: ទៅ
 2. មុខងារ: ទៅ..... ការរៀបរាប់លម្អិតអំពីការងារ:
 3. អាសយដ្ឋាន (ថ្មី):
 ផ្ទះលេខ: ផ្លូវ: ភូមិ: ឃុំ/សង្កាត់:
 ស្រុក/ខណ្ឌ: ខេត្ត/ក្រុង: ប្រទេស:
 4. អ៊ីម៉ែល (ថ្មី): ទូរស័ព្ទដៃ (ថ្មី):
 ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងខ្សែទីពីរ ប្រទេសនៃលេខទូរស័ព្ទ:
- តើបច្ចុប្បន្នអ្នកមានបង់ពន្ធនៅសហរដ្ឋអាមេរិកដែរឬទេ? គ្មាន មាន

ប្រសិនបើសំណើសុំកែប្រែនេះ មានការកែប្រែឈ្មោះពេញ ឬថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ឬលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន / សំបុត្រកំណើត អតិថិជនត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយនូវអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន /សំបុត្រកំណើត ដែលមានសុពលភាព និងមានបញ្ជាក់ឈ្មោះពេញ និងថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពេញលេញ។

II. ការជូនដំណឹងអំពីការធ្វើដំណើរទៅក្រៅប្រទេស (សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ថតចម្លងលិខិតឆ្លងដែនត្រង់ទំព័រ ដែលមានបិទរូបថត និងច្បាប់ថតចម្លងទិដ្ឋាការដែលនៅមានសុពលភាព ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃស្មើ (ប្រសិនបើមាន)ការជូនដំណឹងអំពីការធ្វើដំណើរទៅក្រៅប្រទេស:

1. គោលបំណងនៃការធ្វើដំណើរ:
 កាលបរិច្ឆេទដែលនឹងត្រូវចេញដំណើរ និងមធ្យោបាយនៃការដំណើរ ប្រទេសជាគោលដៅ
2. អ្នកតំណាងរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (រូបវន្តបុគ្គលតែប៉ុណ្ណោះ) និងអាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនងនៅកម្ពុជា:
 ឈ្មោះពេញ: លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/សំបុត្រកំណើត:.....
 ទំនាក់ទំនងជាមួយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង: អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនងនៅកម្ពុជា:
- អ៊ីម៉ែល: ទូរស័ព្ទដៃ:
- ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងខ្សែទីពីរ: ទូរស័ព្ទនៅកន្លែងការងារ:.....

(ក) ប្រសិនបើ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មានគម្រោងចេញទៅបរទេស ឬស្នាក់នៅក្រៅប្រទេសរយៈពេល 3ខែ ជាប់គ្នា ឬលើសពី

០៣ ខែ អតិថិជនត្រូវធ្វើលិខិតជូនដំណឹងនេះមកកាន់ក្រុមហ៊ុនព្រូជិនសលកម្ពុជាមុនពេលដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ចាក ចេញទៅបរទេស ឬធ្វើមកឲ្យបានតាមបំណងដែលអាចធ្វើបាន នៅពេលលោក-លោកស្រីបានសម្រេចចិត្តថាស្នាក់នៅក្រៅ ប្រទេសរយៈពេល ០៣ខែ ជាប់គ្នា ឬលើសពី ០៣ខែ។

- (ខ) ក្នុងករណីដែលម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក៏ជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមលោក-លោកស្រី មេត្តាធ្វើការជូនដំណឹងជាមុនដល់ **ក្រុមហ៊ុនព្រូជិនសលកម្ពុជា** អំពីអ្នកតំណាងក្នុងការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើមាន។ អ្នកតំណាងបង់បុព្វលាភរ៉ាប់រង មិនមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយពីបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះឡើយ។ រាល់សំណើទាំងអស់ដែលទាក់ទិនទៅនឹង បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ចាំបាច់ត្រូវតែបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាដោយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
- (គ) រាល់ទំនាក់ទំនងរវាង**ក្រុមហ៊ុន ព្រូជិនសលកម្ពុជា** និងម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ត្រូវធ្វើឡើងតាមអាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនងក្នុង ប្រទេសកម្ពុជាដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។
- (ឃ) ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អាចជ្រើសតាំងឲ្យអ្នកតំណាងមកទទួលយកប្រាក់ទាំងអស់ដែល **ក្រុមហ៊ុនព្រូជិនសលកម្ពុជា** ត្រូវទូទាត់ជូន (លើកលែងតែការទាមទារសំណងនៅកាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់នៃការធានានៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬការទាមទារ សំណងលើព្រឹត្តិការណ៍ដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងការធានា) ប៉ុន្តែលិខិតជ្រើសតាំងនោះចាំបាច់ត្រូវតែបំពេញដោយម្ចាស់បណ្ណសន្យា រ៉ាប់រង និងអ្នកតំណាង**ក្រុមហ៊ុនព្រូជិនសលកម្ពុជា** ក្នុងនាមជាសាក្សី។

ឯកសារភ្ជាប់៖ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ លិខិតឆ្លងដែន សំបុត្រកំណើត ឬឯកសារដែលមានតម្លៃស្មើផ្សេងទៀត របស់អ្នកតំណាងបង់បុព្វលាភ ធានារ៉ាប់រង (រូបវន្តបុគ្គលតែប៉ុណ្ណោះ)។

III. សេចក្តីប្រកាស

- ខ្ញុំយើងខ្ញុំ សូមធានាថា នឹងផ្តល់ជូនឲ្យទាន់ពេលវេលានូវព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវដល់ **ក្រុមហ៊ុនព្រូជិនសលកម្ពុជា** ហើយ បានត្រៀមខ្លួនរួចជាស្រេចដើម្បីផ្តល់ភស្តុតាងឬព័ត៌មានតាមការស្នើសុំផ្សេងៗទៀត និងយល់ព្រមផ្តល់នូវព័ត៌មានចាំបាច់ ទាំងឡាយដែល **ក្រុមហ៊ុន ព្រូជិនសលកម្ពុជា** ត្រូវការប្រមូលដើម្បីវាយតម្លៃលើពាក្យស្នើសុំតាមសំណើខាងលើ។
- ខ្ញុំយើងខ្ញុំទទួលស្គាល់យ៉ាងច្បាស់ថា សំណើខាងលើនឹងមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃដែល **ក្រុមហ៊ុនព្រូជិនសលកម្ពុជា** អនុម័តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងទទួលបានបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (ប្រសិនបើមាន)។

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:

សេចក្តីបញ្ជាក់របស់សាក្សី

ហត្ថលេខា:

ឈ្មោះ:.....

កាលបរិច្ឆេទ:

ខ្ញុំសូមអះអាងថា ខ្ញុំពិតជាបានឃើញការចុះហត្ថលេខា ខាងលើនេះហើយតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំហត្ថលេខានេះ ពិតជារបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើប្រាកដមែន។
(ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ / ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត/
អ្នកផ្តល់សេវាអតិថិជន)

ហត្ថលេខា:

ឈ្មោះ:.....

លេខកូដ:

កាលបរិច្ឆេទទទួលសំណើ: