

# สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์

## แบบแจ้งข้อมูลการขอคืนเงินอื่นๆ

133 ถนนสุขุมวิท 21 (อโศก) แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ 0-2685-2524 Email: fapmember@fap.or.th

\*\*\*\*\*

### ส่วนที่ 1 สำหรับผู้แจ้งความประสงค์ขอคืนเงิน

รายละเอียดการขอคืนเงิน	
ชื่อ-นามสกุล / ชื่อหน่วยงาน	_____
ชื่อ-นามสกุล (ผู้แจ้ง/ผู้ประสานงาน)	_____
โทรศัพท์ _____	มือถือ _____ Email _____
ระบุประเภทของการขอคืนเงิน	<input type="checkbox"/> ค่าสมาชิก _____ <input type="checkbox"/> ค่าใบอนุญาตผู้สอบบัญชี
	<input type="checkbox"/> ค่าจดทะเบียนนิติบุคคล _____ <input type="checkbox"/> ค่าหลักประกันนิติบุคคล
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____
เหตุผลที่ขอคืนเงิน	_____
	_____
โปรดระบุธนาคารที่ประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชี (ขอสงวนสิทธิ์โอนเข้าบัญชีตามที่ระบุในใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษีเท่านั้น)	
ธนาคาร _____	เลขที่บัญชี _____
ชื่อบัญชี _____	ประเภทบัญชี _____
	ลงนาม _____
	ผู้แจ้ง/ผู้กระทำการแทน
	วันที่ _____
*** สภาวิชาชีพบัญชี จะทำการโอนเงินทุกวันที่ 15 และ 30 ของเดือน (หลังจากส่วนการเงินได้รับเอกสารครบถ้วนก่อนวันที่โอน 5 วันทำการ) และหากในวันที่โอนดังกล่าวตรงกับวันหยุดทำการของสภาวิชาชีพบัญชี จะโอนเงินให้ก่อนวันหยุดทำการ ***	

### ส่วนที่ 2 สำหรับส่วนทะเบียน/ส่วนงานที่เกี่ยวข้อง

โปรดระบุเลขที่ใบเสร็จรับเงิน _____	ลงวันที่ _____ / _____ / _____
อนุมัติให้คืนเงินจำนวน _____ บาท ( _____ )	
_____	_____
เจ้าหน้าที่ผู้ส่งเรื่อง/วันที่	ผู้อนุมัติ/วันที่

### ส่วนที่ 3 สำหรับส่วนการเงิน

เลขที่ใบลดหนี้/ใบกำกับภาษี CN _____	ลงวันที่ _____ / _____ / _____	
_____	_____	
ผู้ออกใบลดหนี้/วันที่	ผู้ตรวจสอบ/วันที่	ผู้อนุมัติ/วันที่
ชำระเงินคืนโดย _____	<input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชี มีผลวันที่ _____	
(PV# _____)	<input type="checkbox"/> เช็คเลขที่ _____	ฝากเข้าบัญชีวันที่ _____
_____	_____	_____
ผู้โอน/ออกเช็ค/วันที่	ผู้ตรวจสอบ/วันที่	ผู้อนุมัติ/วันที่