

សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានអតិថិជន

កាលបរិច្ឆេទ:
ពាក្យស្នើសុំលេខ:
បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ:
ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:
លេខទូរស័ព្ទ:
អ៊ីម៉ែល:

I. ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរៀបរាប់ខាងលើ ស្នើសុំកែប្រែព័ត៌មានដូចខាងក្រោមរបស់

☐ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង
ឈ្មោះ:.....

☐ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន
ឈ្មោះ:.....

☐ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម
ឈ្មោះ:.....

- ☐ 1. ឈ្មោះពេញ:
- ☐ 2. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:
- ☐ 3. សញ្ជាតិ:
- ☐ 4. អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ លិខិតឆ្លងដែន/ សំបុត្រកំណើតលេខ:
- ☐ 5. ប្រទេសកំណើត:
- ☐ 6. ទូរស័ព្ទដៃ: ប្រទេសនៃលេខទូរស័ព្ទ:
ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងទីពីរ: ប្រទេសនៃលេខទូរស័ព្ទ:
- ☐ 7. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង
ផ្ទះលេខ: ផ្លូវ:
ឃុំ/ សង្កាត់: ស្រុក/ ខណ្ឌ:
ខេត្ត/ ក្រុង: ប្រទេស:
- ☐ 8. ការងារ ឬមុខរបរបច្ចុប្បន្ន(មុខតំណែង):
ការរៀបរាប់លម្អិតអំពីការងារ:
- ☐ 9. ស្ថានភាពបង់ពន្ធច្រើ: តើបច្ចុប្បន្នអ្នកមានបង់ពន្ធនៅសហរដ្ឋអាមេរិកដែរឬទេ ?
☐ មាន ☐ គ្មាន

ប្រសិនបើសំណើសុំផ្លាស់ប្តូរនេះធ្វើការកែប្រែឈ្មោះពេញ ឬថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ឬលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ លិខិតឆ្លងដែន/ សំបុត្រកំណើត នោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវច្បាប់ចម្លងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ លិខិតឆ្លងដែនដែលមានសុពលភាព សំបុត្រកំណើត ឬឯកសារផ្លូវការផ្សេងទៀតដែលស្របតាមសំណើសុំផ្លាស់ប្តូររបស់លោកអ្នក។

II. ការជូនដំណឹងអំពីការធ្វើដំណើរទៅប្រទេស:

(សូមច្បាប់ចម្លងលិខិតឆ្លងដែន និងទិដ្ឋាការដែលមានសុពលភាព ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃស្មើ)

- កាលបរិច្ឆេទដែលនឹងត្រូវចេញដំណើរ:
- ប្រទេសគោលដៅ:
- គោលបំណងនៃការធ្វើដំណើរ:
- ☐ ទេសចរណ៍ ☐ សិក្សា ☐ ពិនិត្យសុខភាព ☐ ជំនួញ ☐ អន្តោប្រវេសន៍
- ☐ ផ្សេងៗ(សូមបញ្ជាក់):
- អ៊ីម៉ែលរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:

ជាយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ីនស៊ុរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក

អាសយដ្ឋាន: ជាន់ផ្ទាល់ដី ជាន់ទី១ និងជាន់ទី២ អគារសាមគ្គី ផ្លូវលេខ៣១៥ ភូមិ៦ សង្កាត់បឹងកក់២ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ
OPPS_CL_00035_V03_202603

- ក្នុងករណីដែលម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក៏ជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកតំណាងរបស់អ្នកបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ដូចខាងក្រោម

អ្នកតំណាងរបស់អ្នកបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង និងអាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនងនៅកម្ពុជា:

- ឈ្មោះពេញ:
- អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ លិខិតឆ្លងដែន/ សំបុត្រកំណើតលេខ:
- ទំនាក់ទំនងជាមួយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:
- អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនងក្នុងប្រទេសកម្ពុជា:
- ផ្ទះលេខ: ផ្លូវ:
- ឃុំ/ សង្កាត់: ស្រុក/ ខណ្ឌ:
- ខេត្ត/ ក្រុង: ប្រទេស:
- ទូរស័ព្ទដៃ: ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងទីពីរ:
- អ៊ីម៉ែល:

ឯកសារភ្ជាប់: អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ លិខិតឆ្លងដែន ឬឯកសារដែលមានតម្លៃស្មើគ្នាទៅតាមរបស់អ្នកតំណាងបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង។

1. ប្រសិនបើម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន/ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម គ្រោងធ្វើដំណើរទៅក្រៅប្រទេស ឬស្នាក់នៅក្រៅប្រទេសរយៈពេលចាប់ពី ៣ខែយ៉ាងតិចក្នុងអំឡុងពេល១២ខែចុងក្រោយ គាត់ត្រូវផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងនេះមកកាន់ក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្ត្រីស (ខេមបូឌា) ម.ក មុនពេលចាកចេញទៅក្រៅប្រទេស។
2. ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាចជ្រើសតាំងឲ្យបុគ្គលណាម្នាក់(ប្រសិនបើមាន) មកទទួលយកប្រាក់ទាំងអស់ដែលក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្ត្រីស (ខេមបូឌា) ម.ក ត្រូវទូទាត់ជូន (លើកលែងតែ អត្ថប្រយោជន៍នៅថ្ងៃផុតកំណត់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬសំណងលើហេតុការណ៍ធានារ៉ាប់រង) ប៉ុន្តែលិខិតជ្រើសតាំងនោះ ចាំបាច់ត្រូវតែបំពេញដោយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងមានអ្នកតំណាងក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្ត្រីស (ខេមបូឌា) ម.ក ធ្វើជាសាក្សី។

III. សេចក្តីប្រកាសរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ:

- យល់ច្បាស់ថា ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំមានទំនួលខុសត្រូវផ្តល់ដំណឹងជូនក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្ត្រីស (ខេមបូឌា) ម.ក នូវរាល់ការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានទាក់ទងនឹងស្ថានភាពសុខភាពរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន/ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម មុនពេលដែលសំណើសុំផ្លាស់ប្តូរនេះត្រូវបានអនុម័ត។
- យល់ច្បាស់ថាសំណើសុំផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មាននេះ គឺជាផ្នែកសំខាន់មួយនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំនៅក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។ អាស្រ័យហេតុនេះសំណើនេះនឹងមានសុពលភាពលុះត្រាតែក្រុមហ៊ុនទទួលយល់ព្រម និង/ឬ អនុម័តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងទទួលបានប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (ប្រសិនបើមាន) តែប៉ុណ្ណោះ។

ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង	ឈ្មោះសាក្សី/ បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/ បុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជាបុគ្គល
.....	
ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ.....	ហត្ថលេខា
.....	លេខកូដ.....
កាលបរិច្ឆេទ.....	កាលបរិច្ឆេទ.....

ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្ត្រីស (ខេមបូឌា) ម.ក

អាសយដ្ឋាន: ជាន់ផ្ទាល់ដី ជាន់ទី១ និងជាន់ទី២ អគារសាមគ្គី ផ្លូវលេខ៣១៥ ភូមិ៦ សង្កាត់បឹងកក់២ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ
OPPS_CL_00035_V03_202603