

สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์
แบบแจ้งข้อมูลการคืนเงินค่าสมัครเข้าทดสอบ CPA

133 ถ.สุขุมวิท 21 (อโศก) แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ 0-2685-2500,2525 โทรสาร 0-2685-2501

ส่วนที่ 1 ผู้แจ้งความประสงค์ขอคืนเงิน

<p>● รายละเอียดการขอคืนเงินค่าสมัครเข้าทดสอบ</p>	
ชื่อ-นามสกุล	
ที่อยู่ (ที่ติดต่อได้สะดวก)	
โทรศัพท์	โทรสาร
มือถือ	E-mail
จำนวนเงินที่มีความประสงค์จะขอคืน	
สมัครเข้าทดสอบวิชา	
เหตุผลการขอคืนเงิน	
.....	
<p>● การจ่ายชำระคืนเงิน สภาวิชาชีพบัญชีฯ จ่ายคืนเงินโดยผ่านระบบออนไลน์ (SCB BUSINESS NET) ให้ท่าน สภาวิชาชีพบัญชีฯ ขอสงวนสิทธิ์จ่ายคืนเงินในนามผู้ซื้อที่ระบุในใบเสร็จรับเงินเท่านั้น</p>	
1) โปรดระบุรายละเอียดของธนาคารที่ประสงค์จะให้โอนเงินคืนเข้าบัญชีของท่าน	
ชื่อบัญชี	ธนาคาร
เลขที่บัญชี	สาขา
ลงนาม	
ผู้แจ้งความประสงค์ขอคืนเงิน / ผู้กระทำการแทน	
วันที่	
<p>หมายเหตุ สภาวิชาชีพบัญชีฯ จ่ายชำระคืนเงินโดยผ่านระบบออนไลน์ (SCB BUSINESS NETS) ทุกวันที่ 15 และ 30 ของเดือน หากในวันดังกล่าวตรงกับวันหยุดทำการ หรือวันหยุดตามประเพณีของสภาวิชาชีพบัญชีฯ จะจ่ายชำระคืนเงินก่อน วันหยุดทำการ หรือวันหยุดตามประเพณี และท่านสามารถตรวจสอบยอดเงินเข้าบัญชีได้ตั้งแต่วันที่ 13.00 น. (ปรับรายการในสมุดบัญชี)</p>	
ส่วนที่ 2 ส่วนของเจ้าหน้าที่	
ชำระค่าสมัครเข้าทดสอบ โดย	บาท
หัก	บาท
หัก	บาท
คงเหลือเงินที่ต้องจ่ายคืน	บาท
ลงนาม (.....	ลงนาม (.....
เจ้าหน้าที่ผู้ส่งเรื่องขอคืนเงิน	ผู้อนุมัติ
วันที่	วันที่