สปส. 6-15

สำนักงานประกันสังคม

แบบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงนายจ้าง

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ □□/□□-□□□□□□

วันที่รับ.....

ชื่อสถานประกอบการ □ บริษัท □ ห้างหุ้นส่วน □ เจ้าของคนเดียว.....

เลขที่บัญชี □□-□□□□□□-□ ลำดับที่สาขา □□□□□

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์แจ้งการเปลี่ยนแปลง (โปรดทำเครื่องหมาย ✔ หน้าข้อความ □ ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริง พร้อมทั้ง **กรอกรายละเอียดเฉพาะรายการที่เปลี่ยนแปลงให้ครบถ้วน)**

□ (1) ย้ายสถานประกอบการ
□ (2) หยุดกิจการชั่วคราว
□ (3) เลิกประกอบกิจการ
□ (4) เปลี่ยนชื่อสถานประกอบการ
□ (5) เปลี่ยนผู้มีอำนาจลงนาม
□ (6) เปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ
□ (7) เพิ่มจำนวนสาขา
□ (8) ยกเลิกสาขา
□ (9) เปลี่ยนสถานที่นำส่งเงินสมทบ
□ (10) เปลี่ยนแปลงอื่นๆ (ระบุ).....

(1) ย้ายสถานประกอบการ □ สำนักงานใหญ่ □ สาขา ลำดับที่สาขา □□□□□

ไปอยู่ที่ : เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

(2) หยุดกิจการชั่วคราว ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เนื่องจาก.....

(3) เลิกประกอบกิจการ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เอกสารที่แนบ □ หนังสือจดทะเบียนเลิกกิจการ □ อื่นๆ (ระบุ).....

(4) (5) (6) □ เปลี่ยนชื่อสถานประกอบการ □ เปลี่ยนผู้มีอำนาจลงนาม □ เปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจ

จากเดิม.....

เปลี่ยนเป็น.....

เอกสารที่แนบ □ สำเนาหนังสือรับรองของกระทรวงพาณิชย์ □ หนังสือมอบอำนาจ

(7) เพิ่มจำนวนสาขา

ชื่อสาขา (ถ้ามี)..... ตั้งแต่วันที่.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

นำส่งเงินสมทบที่สำนักงานประกันสังคม.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐)

(8) ยกเลิกสาขา

ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐ ชื่อสาขา (ถ้ามี).....

ตั้งแต่วันที่..... ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ครั้งสุดท้ายนำส่งเงินสมทบที่สำนักงานประกันสังคม.....

(9) เปลี่ยนสถานที่นำส่งเงินสมทบ

☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สาขา ลำดับที่สาขา ☐☐☐☐☐

ตั้งแต่ค่าจ้างประจำเดือน..... พ.ศ. .....

จากเดิมสำนักงานประกันสังคม..... เป็นสำนักงานประกันสังคม.....

(10) รายการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

รายการที่แจ้งไว้เดิม	เปลี่ยนแปลงแก้ไขเป็น

(ถ้าไม่พอให้ใช้กระดาษอื่นแนบ)

ประทับตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....