

預金口座振替依頼書

百 十 四 川 銀 行 御 中

年 月 日

料金等の種類			
預金者	住所		
	フリガナ 氏名	(お届け印)	
契約	上記の氏名と異なる きに記入 して下さい	氏名	
※ 契約者番号			
私は上記の百十四川銀行協同組合の共同購入代金等について、貴行に請求書を送付することとし、この振替依頼事項を確約の上依頼します。			
指定口座	百十四川銀行	口座番号	振替日
	支店	普通 1 当座 2	毎月末
振替開始	年 月 日 支払分		



記

- 私が支払うべき高松市医師協同組合の共同購入代金等について貴行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく請求書に記載された金額を預金口座から引落し
のうえお支払い下さい。なお、振替日が変更された場合には請求書に記載された日をも
って処理されてもさしつかえありません。
- 預金引落としにあたっては、当座勘定約定書または預金規定にかかわらず、小切手の
振出し又は預金通帳および預金払戻し請求書の提出はいたしません。
- 預金口座の残高が振替日において請求書の金額に満たない時は、私に通知すること
なく請求書を返却されてもさしつかえありません。
- 貴行の都合により振替日の前営業日または前々営業日に預金口座から引落されても
さしつかえありません。
- この契約は貴行が必要と認めた場合には私に通知することなく、解除されても異議
はありません。
- この預金口座振替について、かりに紛議が生じても貴行の責によるものを除き貴行
にはご迷惑をかけません。

預金口座振替申込書

高松市医師協同組合理事長 殿

年 月 日

料金等の種類			
預金	氏名	印	
契約	フリガナ 氏名	印	
※ 契約者番号			

私は上記の高松市医師協同組合の共同購入代金等を口座振替の方法により支払いた
いので請求書は下記の金融機関へ送付して下さい。

送付先	百十四川銀行 支店	種目	口座番号	振替日
		普通 1 当座 2		毎月末
振替開始	年 月 日 支払分			
銀行確認印				

※印は記入しないで下さい。