

預金口座振替依頼書

百 十 四 川 銀行 御中
香

年 月 日

料金等の種類			
預金者	住所		
	フリガナ氏名	(お届け印)	
契約者	住所		
	フリガナ氏名		
※ 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次により口座振替によって支払うこととしたいので下記の事項を確約の上依頼します。

指定口座	百 十 四 川 銀行 香 川 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			



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	
預金者	住所		
	フリガナ氏名	印	
契約者	住所		
	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 香 川 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。