

전신 송금 승인 양식

이 양식은 Advita Ortho가 전자적으로 지불을 이체하고 은행 또는 금융 기관에 대한 조정. 엑사텍이 제공합니다.

양도 또는 조정에 대한 확인.

지불을 받으려면 모든 정보를 제공해야 합니다

주의: Accounts Payable
Advita Ortho
2320 NW 66th Court
Gainesville, FL 32653

이메일: hcp.consulting@advita.com
accountspayable@advita.com

필수*

개인 사업체 또는 조직 이름*			
참고: 위의 이름은 은행 계좌에 표시된 이름과 정확히 일치해야 합니다. 위의 이름이 은행 계좌의 이름과 정확히 일치하지 않으면 은행에서 귀하의 계좌로 송금할 수 없습니다.			
우편 주소*:			
도시*:	나라*:	우편번호*:	
이메일 주소*:	전화번호* <small>(은행은 전신 송금을 위해 전화 번호가 필요합니다)</small>		
개인 이메일 주소(선택 사항):			
은행 정보			
은행 이름*:	은행 전화 번호:		
은행 주소*:			
계좌 번호*:			
IBAN 번호*:			
스위프트 코드*:			
계정 유형:	<input type="checkbox"/> 확인	<input type="checkbox"/> 저축	<input type="checkbox"/> 다른
기본 통화: 제출하기 전에 은행에서 선택한 통화로 자금을 수락하는지 확인하십시오. ****금융기관의 수락에 따른 통화 선택****			
<input type="checkbox"/> USD	<input type="checkbox"/> ARS	<input type="checkbox"/> AUD	<input type="checkbox"/> BRL
<input type="checkbox"/> CAD	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> GBP
<input type="checkbox"/> JPY	<input type="checkbox"/> KRW		
기타 _____ (구체적으로 기재하십시오)			
인증 서명:			날짜:
Advita Ortho 는 은행 계좌 변경 또는 폐쇄에 대해 최소 30 일 전에 서면으로 통지해야 합니다. 이 정보를 위의 주소로 제공하십시오. 변경에 새 은행이나 금융 기관 또는 다른 계좌 번호와 관련된 경우 새 전신 송금 승인 양식을 제출해야 합니다. 승인 양식이 접수 될 때까지 지불이 지연 될 수 있습니다. 추가 정보가 필요한 경우 Advita Ortho 에 문의하거나 다음 주소로 이메일을 보내주십시오: accountspayable@advita.com 본 양식에 서명하고 개인정보를 제공함으로써, 귀하는 Advita Ortho가 귀하가 Advita Ortho에 제공한 서비스에 대한 대금을 지급하기 위해 필요한 범위 내에서 상기 개인정보를 처리 및 이전할 수 있도록 명시적으로 승인합니다			