

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE TRANSFERT ÉLECTRONIQUE

Ce formulaire autorise Advita Ortho à transférer électroniquement à votre banque ou à votre institution financière des paiements ou à faire des ajustements. Advita Ortho vous fournira une confirmation de tout transfert ou ajustement.

TOUTES LES INFORMATIONS DOIVENT ÊTRE FOURNIES AFIN D'OBTENIR LE PAIEMENT

À l'attention : Accounts Payable

Advita Ortho

2320 NW 66th Court

Gainesville, FL 32653

Email: hcp.consulting@advita.com

accountspayable@advita.com

Champs obligatoires *

Nom individuelle, de l'entreprise ou de l'organisation			
<i>REMARQUE : Le nom ci-dessus doit EXACTEMENT correspondre au nom tel qu'il figure sur votre compte bancaire. Si le nom ci-dessus ne exactement au nom figurant sur votre compte bancaire, la banque ne pourra pas effectuer le transfert sur votre compte.</i>			
Adresse postale *:			
Ville*:	Pays *:	Code Postal*:	
Adresse électronique (email)*:		Numéro de téléphone * (Obligatoire pour les virements)	
Adresse électronique personnelle (facultatif):			
INFORMATIONS BANCAIRES			
Nom de la banque *:		Numéro de téléphone de la banque :	
Adresse de la banque *:			
Numéro de compte *:			
Numéro IBAN *:			
Numéro SWIFT *:			
Type de compte :	☐ Checking	☐ Savings	☐ Autre
Devise préférée : Veuillez confirmer que votre banque accepte les fonds dans la devise sélectionnée, avant de soumettre le formulaire. **** Le choix de la devise est soumis à l'acceptation de l'institution financière ****			
☐ USD	☐ ARS	☐ AUD	☐ BRL
☐ CAD	☐ CHF	☐ EUR	☐ GBP
☐ JPY	☐ KRW		
AUTRE _____ (veuillez préciser)			
Signature de l'autorisation *:			Date:
Advita Ortho doit être informée par écrit de tout changement ou fermeture de compte bancaire au moins 30 jours à l'avance. Veuillez fournir cette information à l'adresse ci-dessus. Si le changement concerne une nouvelle banque ou institution financière, ou un autre numéro de compte, un nouveau formulaire d'autorisation de virement bancaire doit être soumis. Les paiements peuvent être retardés en attendant la réception du formulaire d'autorisation. Si des renseignements supplémentaires sont nécessaires, veuillez communiquer avec nous par courriel à l'adresse suivante : accountspayable@advita.com En signant ce formulaire et en fournissant vos informations personnelles, vous autorisez expressément Advita Ortho à traiter et à transférer les données personnelles susmentionnées dans la mesure nécessaire pour vous verser le paiement correspondant aux services que vous avez fournis à Advita Ortho.			