

銀行振込承認書

本書により、ADVITA ORTHOが支払いを電子送金し、お客様の銀行または金融機関と調整することを承認します。ADVITA ORTHOは送金または調整の確認書をお客様に提供します

支払いを受け取るには、すべての情報を提供する必要があります

注意:買掛金:

Advita Ortho

2320 NW 66th Court

Gainesville, FL 32653

メールアドレス: hcp.consulting@advita.com

accountspayable@advita.com

必須項目*

個人、企業、または組織の名前*	
注:上記の名前は、銀行口座に表示される名前と完全に一致する必要があります。上記の名前が銀行口座の名前と正確に一致しない場合、銀行はあなたの口座に送金できません。	
住所*:	
都市*:	国*:
郵便番号*:	
アドレス*:	電話番号* (銀行は電信送金に電話番号が必要です)
個人のメールアドレス(オプション):	
銀行情報	
銀行名*:	銀行電話番号:
銀行住所*:	
口座番号*:	
イバン番号*:	
スウィフトコード*:	
アカウントの種類:	<input type="checkbox"/> 実検 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 他
通貨設定: 提出する前に、銀行が選択した通貨で資金を受け入れることを確認してください。 ****金融機関による受け入れの対象となる通貨選択****	
<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	
その他 _____ (具体的にご記入ください)	
承認署名*:	日付:
Advitaは、銀行口座の変更または閉鎖について、少なくとも30日前に書面で通知する必要があります。この情報を上記のアドレスに提供してください。変更により新しい銀行や金融機関、または別の口座番号が関係する場合は、新しい電信送金承認フォームを送信する必要があります。承認フォームの受領まで、支払いが遅れる場合があります。追加情報が必要な場合は、または電子メール(accountspayable@advita.com)にお問い合わせください。本書類に署名し個人情報を提供することにより、貴殿はアドヴィタ・オーソに対し、貴殿がアドヴィタ・オーソに提供したサービスに対する支払いを発行するために必要な範囲で、前述の個人データを処理および転送することを明示的に許可するものとします。	