

口座振込依頼書

令和 年 月 日

成田赤十字病院 御中

1. 貴病院より当社に対する支払代金は、下記銀行口座にお振込み下さい。
2. 貴病院が下記口座へ振込み手続きを完了したときをもって、当社が代金を受領したものとします。
3. 本書の記載事項に変更があった場合は、速やかに連絡するとともに、改めて当依頼書を提出します。

記

住 所 :

(ふりがな)

商 号 :

(ふりがな)

代表者名 :

印

電話番号 :

(ふりがな)

振込銀行 :

(銀行コード)

銀行

店

(

/

)

口座種別

普通預金

・ 当座預金

・ その他 (

)

口座番号

(ふりがな)

口座名義

(備 考)

- 1) 本書の提出により原則として領収書の発行は致しません。但し、公給領収書発行を要するものは、当社の責任において発行の上送付します。
- 2) 貴病院の都合により口座振込以外の方法で支払われても異議はありません。この場合の領収書は、当社の責任において発行します。