

File No. رقم الملف

Patient Name اسم المريض

Phone No. رقم الهاتف

E-Mail Address عنوان البريد الإلكتروني

Fax No. رقم الفاكس

Account Holder Name اسم صاحب الحساب

Bank Name اسم البنك

Account Number رقم الحساب

Routing Number (Direct Deposit)
رقم التوجيه المصرفي

Please attach a voided check and copy of the passport. يرجى إرفاق شيك وصوره من الجواز.

I (patient / patient escort) hereby certify that the above name and bank information is correct, and I am held responsible.

أقر أنا الموقع اسمي أدناه (المريض / المرافق) أن رقم الحساب واسم البنك واسم صاحب الحساب صحيح، وأتحمّل أي خطأ نتيجة ذلك وعلي هذا أوقع

Signature/توقيع: _____ Date/التاريخ: ____/____/____

Bank Name اسم البنك

Check Number

John Q. Public
1234 Pleasant Lane
Somewhere, USA 12345

DATE _____

1421

PAY TO THE ORDER OF _____ \$ _____

DOLLARS

SWB Watertown Savings Bank
www.watertown-savings.com

رقم التوجيه المصرفي

رقم الحساب

MEMO _____

221371356 0123456789 1421

Routing Number

Account Number