

Direct Debit Authority  
Bill Payment Stop Request

تفويض بالخصم المباشر  
طلب إيقاف دفع الفاتورة

TO / إلى (Paying Bank Name & Address) / (اسم و عنوان البنك الدافع)	FROM / من (Payer) / الدافع
Direct Debit Bill Payment Stop Request Date	تاريخ طلب إيقاف دفع الفاتورة بالخصم المباشر

Dear Sir/Madam,	السيد/السيدة
I/We have registered the following Direct Debit Authority (DDA) and affirm that the DDA is not for a LOAN/FINANCE/CREDIT-CARD.	لقد قمت/قمنا بتسجيل تفويض الخصم المباشر التالي، ونؤكد أن تفويض الخصم المباشر ليس لسداد قرض/تمويل/بطاقة ائتمان.

Direct Debit Authority Reference Number الرقم المرجعي لتفويض الخصم المباشر	
DDA Issued for أصدر تفويض الخصم المباشر لـ	
Consumer Number with Originator رقم المستهلك لدى المنشئ	
Reason for Stopping Payment أسباب وقف الدفع	
Payments (including re-presentments) to be dishonored between dates الدفوعات المتوجب وقف سدادها بين التواريخ	From/من: D D / M M / Y Y Y Y To/الى: D D / M M / Y Y Y Y

Yours truly وشكراً	Date Received / تاريخ الاستلام
Name, Signature & Date / الاسم، التوقيع والتاريخ	

For Official Use Only للاستعمال الرسمي فقط

Originator Identification Code	
Originators Reference Number	

The Bank shall provide a copy of this form to their customer as the acknowledgement after filling in the below.

سيزود البنك عملاؤه نسخة من هذا النموذج كإقرار بعد تعبئة أدناه

Date & Seal والختم والتاريخ
-----------------------------