

Direct Debit Authority Amendment  
Bill Payment - Others

تفويض الخصم المباشر  
طلب تعديل دفع الفاتورة - آخرون

TO / إلى (Bank / Originator Address) (عنوان البنك/المنشئ)	FROM / من (Payer) (الدافع)
Direct Debit Amendment Request Date	تاريخ طلب تعديل الخصم المباشر

Dear Sir/Madam,	السيد/السيدة
I/We have registered the following Direct Debit Authority (DDA)	لقد قمت/قمنا بتسجيل تفويض الخصم المباشر التالي:
DDA Number	رقم تفويض الخصم المباشر
Consumer/Premises/etc	المستهلك/المقر..الخ.

Request that the following amendments be made to the Direct Debit Authority. I/We understand that to fulfill this request it may take up to 5 working days. In the meantime direct debits will continue as normal.	نطلب بهذا إجراء التعديلات التالية على تفويض الخصم المباشر. وأنا/نحن على علم بأن استيفاء هذا الطلب قد يستغرق ٥ أيام عمل. وفي هذه الأثناء، تستمر عمليات الخصم المباشر كالمعتاد.
--	---

1	Mobile Number	رقم الهاتف المحمول	١
2	Email Address	عنوان البريد الإلكتروني	٢
3	Commences On	يبدأ في	٣
4	Expires On	ينتهي في	٤
5	Fixed/Variable Amount	المبلغ الثابت/المتغير	٥
6	Payment Frequency	طريقة الدفع	٦
7	Fixed Amount 1/ Minimum Amount	المبلغ الثابت ١/ الحد الأدنى	٧
8	Fixed Amount 2/ Maximum Amount	المبلغ الثابت ٢/ الحد الأقصى	٨

Yours truly, Payer Name, Signature & Date / اسم الدافع، التوقيع والتاريخ	Date Received تاريخ الاستلام
I agree: All other terms and conditions shall remain unaltered. This amendment shall form an integral part of the Original DDA. اوافق: على ان تبقى جميع البنود والشروط الأخرى دون تغيير. يشكل هذا التعديل جزءاً لا يتجزأ من تفويض الخصم المباشر. الأصلي.	

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	التاريخ والختم
-------------	----------------