



# ពាក្យសុំបញ្ឈប់មូលប្បទានបត្រ Stop Cheque Application Form

គោរពជូន : ធនាគារ អេស៊ីលីដា ភីអិលស៊ី  
To : ACLEDA Bank Plc.

ខ្ញុំ (យើងខ្ញុំ) ជាម្ចាស់គណនីលេខ : .....  
I (We) Owner of Account.

ឈ្មោះគណនី : .....  
Account Name.

ស្នើសុំបញ្ឈប់មូលប្បទានបត្រលេខ : .....  
Cheque No.

ថ្ងៃប្រសិទ្ធភាព : .....  
Effective Date.

ចំនួនទឹកប្រាក់ជាលេខ និងអក្សរ : .....  
Amount in figures and word.

មូលហេតុដែលនាំឲ្យបញ្ឈប់ : .....  
Reason for Stop Cheque.

ពិនិត្យដោយ:  
Checked By:

ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ.....  
Date: DD MM YY  
ហត្ថលេខាម្ចាស់គណនី  
Authorized Signature(s)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_