



ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាន

Name and Address

គណនីចម្រងលេខ

Main Account No.

គណនីបម្រុងលេខ

Reserve Account No.

លេខទំនាក់ទំនង

Contact No.

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ស្នើសុំឲ្យធនាគារ អេស៊ីលីដា ភីអិលស៊ី សាខា _____ ធ្វើមោឃភាពសេវាសម្រួលគណនីអតិថិជន

I/we hereby request ACLEDA Bank Plc to cancel Cash Consolidation Account service

តាមរយៈគណនីរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ មូលហេតុ _____

throughout my/our accounts above because

ការធ្វើមោឃភាពនេះ មានប្រសិទ្ធភាពអនុវត្តចាប់ពី _____ តទៅ ។

The cancellation is in effective from

ភ្ជាប់ជូន :

Attachment

ច្បាប់ចម្លងពាក្យស្នើសុំប្រើប្រាស់សេវាសម្រួលគណនី

Copy of Cash Consolidation Account Application Form

ផ្សេងៗ

Others

កាលបរិច្ឆេទ : _____

DD / MM / YY

ហត្ថលេខាអ្នកស្នើសុំ

Applicant's Signature/s

សម្រាប់ធនាគារ :

For Bank Use Only

អនុម័តដោយ : _____

Approved by

ពិនិត្យដោយ : _____

Checked & Verified by

រៀបចំដោយ : _____

Prepared by