



供应商/收款人直接存款授权表

供应商/收款人直接存款授权表填写说明

直接存款授权表用于执行以下事项：

设置直接存款支付。

修改现有的直接存款业务安排。

取消直接存款并恢复通过美国邮寄支付。

注意：

如果手写而非输入，请仅用蓝色或黑色墨水清晰工整填写。如果表格有空白、被划掉或被复写，则不予接受。

A 部分 – 身份详细信息：

您必须提供您的全州供应商编号，除非此表格随附新注册。

如果您不知道您的全州供应商编号，请使用[供应商查找](#)页面。

您必须提供您在 IRS（Internal Revenue Service, 国税局）显示的法定名称。

如果您有 DBA（Doing Business As, 经营别称），则必须提供。

您必须提供您的 SSN（Social Security Number, 社会安全号码）或 EIN（Employer Identification Number, 雇主识别号码）。

B 部分 – 支付选项：

选中注明您的首选支付方式的复选框。

C 部分 – 直接存款信息和签名：

如果您在 B 部分中选中了直接存款，请填写 C 部分中的所有字段。

如果账户类型留空，我们将默认为支票账户。

如果支付类型留空，我们将默认为公司/企业支付。

签名栏：

请用笔签名（“原始签名”）。

电子签名、插入签名或盖章签名不予接受。

如果没有签名，则此表格将被视为无效。

提交供应商/收款人直接存款授权表：

请打印填写完毕的表格并签名

扫描为 PDF 格式，并通过电子邮件发送至：payeeforms@ofm.wa.gov

传真至：(360) 664-3363 或

邮寄至：Statewide Payee Registration, PO Box 41450, Olympia, WA 98504-1450

如有关于表格的问题，请致电 (360) 407-8180 转 5 联系收款人注册部 (Payee Registration Unit)，或者如有任何其他问题，请联系您期望获得支付的机构。



请勿装订

供应商/收款人直接存款授权表

重要说明: 对于变更现有的银行业务安排, 我们将通过登记的实际邮寄地址的电子邮件或电话号码与您联系, 以验证变更。在与登记的联系人成功验证变更之前, 变更不会生效。

A 部分: 输入身份详细信息: 所有字段均为必填项:

全州供应商编号:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| S | W | V | | | | | | | | | | - | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|

法定名称: _____

经营别称 (DBA): _____

纳税人识别号:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(SSN 或 EIN)

B 部分: 选择支付选项:

- 直接存款到银行 (建议)。
- 通过美国邮寄支票 (终止以前登记的任何银行信息)。

C 部分: 对于直接存款, 请填写以下所有字段, 然后打印并签名:

除在此表格上提供您的银行信息外, 您还可以随附一张作废支票。

金融机构名称 - 必须是美国机构: _____

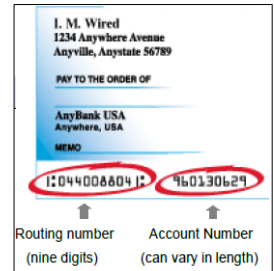
金融机构电话号码: _____

路由号码 - 请参阅右侧示例: _____

账号 - 请参阅右侧示例: _____

账户类型: 支票账户 储蓄账户

支付类型: PPD (Prearranged Payment and Deposit, 预定支付和存款) (个人)
 CCD (Cash Concentration and Disbursement, 资金集中和支付) (公司/企业)



直接存款授权

本人特此授权并请求 OFM (Office of Financial Management, 财务管理办公室) 和 OST (Office of the State Treasurer, 州财务长办公室) 为上述注明账户的收款人支付启动贷记分录, 并授权上述指定金融机构贷记该账户。本人同意遵守 NACHA (National Automated Clearing House Association, 国家自动化结算房协会) 关于这些分录的规则。根据 NACHA 规则, OFM 和 OST 可以启动冲销分录, 以收回其以前启动的重复或错误分录。本人理解, 如果需要采取冲销操作, OFM 将通知州财务长办公室错误和冲销原因。这项权力将持续有效, 直至 OFM 和 OST 有合理机会根据书面请求采取行动, 以终止或变更此处启动的直接存款服务。

授权代表 (请打印)

职务

授权代表签名

日期: 此表格有效期为 90 天