

FORMULAIRE DE TRANSFERT LOCAL (SPIH)

Lieu et Date : _____ N° Référence _____

BENEFICIAIRE DU TRANSFERT

Nom et Prénom
ou Raison Sociale : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Banque : _____ No de compte : _____

Montant en chiffres : _____ Monnaie : Gourde Dollar Américain

Montant en lettres : _____

Motif transaction : _____

EXPEDITEUR DU TRANSFERT

Nom et Prénoms
ou Raison Sociale : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

N° compte à débiter : _____ Type de compte : _____

Il est convenu que ni la Capital Bank S.A. ni ses correspondants ne seront responsables d'aucune perte ou dommage résultant de tout délai ou erreur de transmission ou de toute autre cause indépendante de sa volonté, ou de toute autre charge de la banque intermédiaire.

Signature

RESERVE A LA BANQUE				
	HTG		USD	
Montant				
Commission				
TCA				
Timbres Fiscaux				
Autres				
TOTAL				Signature Employé(e)