



Automated Bank Funds Transfer Authorization Form
Formulaire d'Autorisation de Transfer Electronique des Fonds

Please check appropriate box:
Cocher la case appropriée

New account setup
Nouvelle configuration de compte

Change to existing account
Changement au compte actuel

Completion of this form authorizes JDE DRC SARM to settle vendor invoice via electronic payment.

You must verify with your bank to ensure your account accepts electronic bank transfers and that your bank will provide you with the payment details.

If you change your bank account, it is your responsibility to notify JDE DRC SARM by completing a new form.
JDE DRC SARM may cancel this service at any time.

Le remplissage de ce formulaire autorise JDE DRC SARM à régler la facture du fournisseur par paiement électronique.

Vous devez vérifier avec votre banque pour vous assurer que votre compte accepte les virements bancaires électroniques et que votre banque vous fournira les détails du paiement.

Si vous modifiez votre compte bancaire, il vous incombe de notifier JDE DRC SARM en remplissant un nouveau formulaire.
JDE DRC SARM peut annuler ce service à tout moment.

PAYEE INFORMATION - INFORMATION SUR LE BENEFICIAIRE

Vendor Name - Nom du Fournisseur	
Remit Address - Adresse de Remise	
Vendor ID - Encodage du Fournisseur	

FINANCIAL INSTITUTION INFORMATION - INFORMATION SUR L'INSTITUTION FINANCIERE

Bank Name - Nom de la Banque	
Bank's Address - Adresse de la Banque	
Vendor's Name on the Account - Intitulé du Compte	
Vendor's Bank Account number - Numéro du Compte	

Account Type:
Type de Compte

Checking
Courant

Savings
Epargne

Remit to - Remettre A:

Name (printed) - Nom (bien écrit)	
E-mail (for AR) - Adresse Email pour Confirmation de Paiement	
Phone - Téléphone	
Title - Titre	
Date (m/d/yy) - Date (j/m/aa)	

Authorization

I hereby authorize JDE DRC SARM to initiate credit entries to my account at the financial institution stated above.
This authority is to remain in full effect until JDE DRC SARM or the financial institution has received written notification of its termination from me in such time and manner as to afford JDE DRC SARM or the financial institution a reasonable opportunity to act on it, or until JDE DRC SARM or the financial institution has sent us fifteen (15) days notice of JDE DRC SARM or the financial institution's termination of this agreement.

Autorisation

J'autorise JDE DRC SARM à créditer mon compte auprès de l'institution financière mentionnée ci-dessus.
Cette autorité doit demeurer pleinement en vigueur jusqu'à ce que JDE DRC SARM ou l'institution financière ait reçu une notification écrite de sa résiliation en ce moment et de manière à permettre à JDE DRC SARM ou à l'institution financière un délai raisonnable d'agir ou jusqu'à JDE DRC SARM ou l'institution financière nous aie envoyé un préavis de quinze (15) jours au sujet de la résiliation de cet accord financier.

Required:

Champ obligatoire:

Prepared by:

Préparé par:

(Signature of Authorized Official/Payee)
(Signature de la Personne autorisée/Bénéficiaire)

Date:

Controller/President/Owner approval:

Contrôleur/Président/Autorisation du Propriétaire

Date:

**SEND COMPLETED FORM TO:
ENVOYER LE FORMULAIRE COMPLET À:**

EMAIL IN CARE OF: ap@jde-group.com
PAR EMAIL AUX SOINS DE: ap@jde-group.com

JDE DRC SARM
IN CARE OF PAYROLL
124 AVENUE MISAKABU, QUARTIER GOLF
COMMUNE DE LUBUMBASHI, VILLE DE LUBUMBASHI
PROVINCE DU HAUT-KATANGA
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO