



Bank account details collection
گردآوری مشخصات حساب بانکی

مشخصات حساب بانکی

یادداشت: پرداخت ها قابل واریز کردن به حساب کارت اعتباری، حساب وام یا حساب رهن نیست.

7 نام بانک، تعاونی مسکن building society یا تعاونی اعتبار credit union

شعبه ای که حساب شما در آن نگهداری می شود

شماره شعبه BSB

 -

شماره حساب (این شماره ممکن است شماره حساب بانکی شما نباشد)

این حساب به نام..... می باشد.

یادداشت: هرگاه نام افراد اضافی باید در فهرست ذکر شوند، یک ورقه جداگانه با امضاهای آنان ضمیمه نمایید.

اجازه نامه

8 افراد بالای 14 ساله باید امضاء کرده و نشان دهند که اجازه می دهند پرداخت های آنان به این حساب واریز شود

امضاء

تاریخ / /

امضاء

تاریخ / /

امضاء

تاریخ / /

امضاء

تاریخ / /

اظهار نامه

9 من اظهار می دارم که:

اطلاعات ارائه شده در این فرم راست و درست است.
اگر در مشخصات حساب بانکی من تغییری حاصل شد بدون تأخیر به Medicare Australia خبر می دهم.

امضاء

تاریخ / /

یادداشت حفظ حریم خصوصی

اطلاعات ارائه شده در این فرم برای ثبت و نگهداری مشخصات حساب بانکی شما به منظور پرداخت های الکترونیکی توسط برنامه هائی است که توسط Medicare Australia کار اداری آن انجام می شود. گردآوری آن توسط قانون مدیگر استرالیا Medicare Australia Act 1973 مجاز شده است. مشخصات حساب بانکی شما در اختیار مؤسسات مالی قرار می گیرد تا پرداخت های شما را امکان پذیر سازد و در اختیار طرف سوم قرار نخواهد گرفت مگر اینکه قانون آن را اجازه دهد یا مکلف سازد.

اطلاعات مهم

این فرم را وقتی کامل کنید که بخواهید Medicare Australia به منظور انجام پرداخت های Medicare به شما، مشخصات حساب بانکی شما را ثبت و نگهداری نماید. شما می توانید مشخصات حساب بانکی خود را هم از راه های زیر ثبت نمایید:

- تلفنی به شماره 132 011 (خرج آن به اندازه تلفن محلی است)
- حضوری با مراجعه به اداره Medicare
- آنلاین (اینترنتی) در تارنمای www.medicareaustralia.gov.au/online

کمک

اگر برای تکمیل این فرم به کمک نیاز داشتید با شماره 132 011 (خرج آن به اندازه تلفن محلی است) تماس بگیرید یا از تارنمای زیر دیدن کنید:

www.medicareaustralia.gov.au

تسليم فرم

فرم تکمیل شده را به نشانی زیر ارسال دارید:

Medicare Australia

GPO Box 9822

در مرکز شهر ایالت خودتان

یا آن را در صندوق مخصوص در اداره Medicare محلتهان بپردازید.

با حروف بزرگ BLOCK LETTERS بنویسید

هر وقت مورد دارد علامت صحیح بزنید

مشخصات شما

1 شماره کارت Medicare

شماره مرجع.

2 آقا خانم دوشیزه بانو و غیره

نام خانوادگی

اولین نام

3 تاریخ تولد

/ /

4 نشانی

 کد پستی

5 شماره تلفن در ساعات روز

ایمیل

@

6 سایر کسانی که نام آن ها بر روی این کارت Medicare نوشته شده و از این حساب بانکی برای پرداخت های خود استفاده می کنند

نام	شماره مرجع