

Vendor Direct Credit Form

Supplier's Contact Details

Organisation	<input type="text"/>
Contact Name	<input type="text"/>
Postal Address	<input type="text"/>
Phone Number	<input type="text"/>
Fax Number	<input type="text"/>
E-mail Address	<input type="text"/>

Supplier's Bank Account Details

Bank	Branch	Account Number	Suffix
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Particulars			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Code			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Reference			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

Authorisation

Name	<input type="text"/>		
Position/Title	<input type="text"/>		
Signed	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>

Please attach this form to your Refund Request and return to IPONZ:
Mail: PO Box 9241, Marion Square, Wellington 6141, New Zealand