



### 3. Your banking details if you are paying by direct debit

Name of account holder	<input type="text"/>																												
Account number	<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"/>	Type of account	Cheque <input type="checkbox"/>	Transmission <input type="checkbox"/>	Savings <input type="checkbox"/>													
Bank name	<input type="text"/>																												
Branch name	<input type="text"/>								Branch number	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>															
Full amount owing	<b>R</b>	<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"/>	To be debited on	<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"/>							
By signing this direct debit request, I authorise LA Health Medical Scheme to deduct the agreed amount from my bank account.																													
Signature of account holder	<input type="text"/>																												
Signed at (town and city)	<input type="text"/>												Date	<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"/>