



نموذج إيداع شيكات آجلة Post Dated Cheques Deposit Form

To be completed by Customer

يتم التعبئة من قبل العميل

Customer Name				XP1	إسم العميل
Account Number	□□□□ - □□□□□□ - □□□□				رقم الحساب
Cheque Type	<input type="checkbox"/> Collection	<input type="checkbox"/> Discounted	خصم <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> تحصيل	نوع الشيك
Number of Items	□□ (Maximum 99)			□□ (99 شيك كحد أقصى)	عدد الشيكات
Cheque Amount					قيمة الشيك
Cheque Number Range	From	□□□□□□□□			أرقام الشيكات من
	To	□□□□□□□□			إلى
	From	□□□□□□□□			من
	To	□□□□□□□□			إلى
	From	□□□□□□□□			من
	To	□□□□□□□□			إلى
Clearing Code	□□□□	Drawer Bank			رمز التحصيل □□□□ البنك المسحوب عليه
Drawer Details	(QNB Account, ID or CR number)		□□□□□□□□□□□□□□□□		تفاصيل المدين (رقم حساب في الوطني أو رقم البطاقة الشخصية أو الرقم التجاري)

Non Regular Items	الشيكات غير المتسلسلة							
Cheque Number	□□□□□□□□	رقم الشيك	Date	□□□□□□	التاريخ	Amt	_____	قيمة الشيك
Cheque Number	□□□□□□□□	رقم الشيك	Date	□□□□□□	التاريخ	Amt	_____	قيمة الشيك
Cheque Number	□□□□□□□□	رقم الشيك	Date	□□□□□□	التاريخ	Amt	_____	قيمة الشيك
Cheque Number	□□□□□□□□	رقم الشيك	Date	□□□□□□	التاريخ	Amt	_____	قيمة الشيك

Total Amount of Cheques Requested(QR)	_____ (إجمالي قيمة الشيكات المطلوب تحصيلها (ريال قطري))	
Total Number of Cheques Requested	_____ إجمالي عدد الشيكات المطلوب تحصيلها	
Please accept the post dated cheques detailed above, and attached to this form for collection.		الرجاء قبول الشيكات الآجلة المفصلة أعلاه والمرقفة لهذا النموذج، وذلك ليتم تحصيل هذه الشيكات.
Customer Signature	Date	_____
	Date	□□□□□□□□

To be completed by Branch / Department

يتم التعبئة من قبل الفرع / القسم

Charge Per Item (QR)	□□	رسوم تحصيل كل شيك (ريال قطري)	Charge Code (CL)	PMC	
Total Charge Due (QR)	□□□□	إجمالي رسوم تحصيل الشيكات (ريال قطري)			
Collection commission collected by branch?	Yes <input type="checkbox"/>	نعم *Waived <input type="checkbox"/>	ملغاة*	تم خصم عمولة تحصيل الشيكات من قبل الفرع؟	
Entered By	_____		Checked By	_____	
Signature	Date	□□□□□□□□	Signature	Date	□□□□□□□□

To be completed by Central Operations Department

يتم التعبئة من قبل قسم العمليات المركزية

COD Approval	Date	_____
	Date	□□□□□□□□

* (In case commission is waived, approval must be attached to form) * (في حال إلغاء العمولة، يجب إرفاق الموافقة على ذلك مع هذا النموذج)