

APPLICATION FORM FOR FUND-TRANSFER

शाखा
Branch _____

मिति
Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Please execute the payment instructions, as per the following details:

☐ INTERNAL TRANSFER
(आन्तरिक ट्रान्सफर)

☐ Real Time Gross Settlement
(रियल टाइम ग्राँस सेटलमेन्ट)

☐ Interbank Payment System
(अन्तर-बैंक पेमेन्ट प्रणाली)

हितग्राहीको नाम Name of Beneficiary		ठेगाना Address	
मुद्रा Currency		जम्मा रकम अंकमा Total Amount (in figures)	जम्मा रकम अक्षरमा Total Amount (in words)
सम्पर्क नं Tel/Mobile		रकमान्तरको उद्देश्य Purpose of Transfer	

१. हितग्राहीको विवरण (Details of Beneficiary)

S.N.	Beneficiary's Bank details (Name & Branch)	Beneficiary's Account No.	Beneficiary's Account Name	Amount in Figures
1.				
2.				
			Total Amount	

२. प्रेषकको विवरण (Details of Sender)

Sender Name	
Account Number	
Sender's Address	
Contact Number	

I/We declare that the information provided is true and correct. The Bank shall not be held liable for any loss, delay, error, or misinterpretation in the transfer or transmission of funds, including but not limited to system malfunctions, third-party actions, or issues related to legal compliance. I/We agree to indemnify and hold Kamana Sewa Bikas Bank Limited, its officers, and agents harmless from any claims, losses, or liabilities arising from such risks. The Bank assumes no responsibility for errors beyond its control.

By signing, I/We acknowledge and accept these terms.

मैले/हामीले यसमा उल्लेख गरेको सम्पूर्ण विवरण सही र सत्य छन। यस फारामको आधारमा हुने रकम स्थानान्तरण वा रकम पठाउने क्रममा प्रणालीमा आएको समस्या, तेश्रो पक्षका कृयाकलाप वा कानूनी पालना सम्बन्धी समस्या लगायत कुनै पनि कारणले भएको क्षति, ढिलाई, त्रुटी वा गलत व्याख्या सम्बन्धमा बैंकले कुनैपनि प्रकारको दायित्व बहन गर्नुपर्ने छैन।

यस प्रकारका जोखिमबाट उत्पन्न हुने कुनैपनि प्रकारको दाबी, क्षति वा दायित्व बहन गर्न कामना सेवा बिकास बैंक लिमिटेड, बैंकका कर्मचारी वा प्रतिनिधि उत्तरदायी हुनेछैन साथै बैंकको काबु बाहिरको परिस्थिति उत्पन्न भई हुने कुनै पनि त्रुटीका सम्बन्धमा बैंकको कुनै दायित्व हुने छैन।

माथि उल्लेखित शर्त बन्देज पढी वाची स्वीकार गरी सहीछाप सहित स्वीकृति जनाउने:

*Applicable Charge (In case of IPS)	
<input type="checkbox"/> Applicant	<input type="checkbox"/> Beneficiary

Sender's Authorized Signature (s)
Stamp (If Required)

Amount (in figure)		Amount (in words)	
Sender's Name		Beneficiary's Name	
Beneficiary Account No.		Beneficiary Bank	Signature/Bank Stamp Verified by: