

# Company eVendor Agreement Cancellation

West Virginia State Auditor's Office/ ePayments Division - 1900 Kanawha Blvd E - Bldg 1, Rm W-121 - Charleston, WV 25305  
Telephone: 1-800-500-4079 Fax: (304) 340-5084 www.wvsao.gov

Vendor Name:	<input type="text"/>														
FEIN:	<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"/>
Address 1:	<input type="text"/>														
Address 2:	<input type="text"/>														
City:	<input type="text"/>					State:	<input type="text"/>	Zip Code:	<input type="text"/>						

## ACCOUNT INFORMATION (REQUIRED)

Financial Institution Name:	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Checking		<input type="checkbox"/>	Saving													

I (Company) hereby cancel my (our) direct deposit agreement.

Authorized Signature \_\_\_\_\_

Date

Print Name

Title