

FECHA

____ de _____ de 20 ____

Solicito a esa institución de crédito que cancele la Domiciliación del pago de los bienes o servicios que correspondan conforme a lo siguiente:

1. Nombre del Proveedor: _____.
2. Descripción del bien o servicio cuya domiciliación se solicita cancelar _____.
3. Datos de identificación de la Cuenta:
Número de tarjeta de débito (16 dígitos): _____, o
Clave Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la Cuenta (18 dígitos): _____.

INFORMACIÓN OPCIONAL

Número de identificación generado por el Proveedor:

Del cliente _____;

De referencia _____, o

De contrato _____.

Estoy enterado de que la cancelación es sin costo a mi cargo y que surtirá efectos en un plazo no mayor a 3* días hábiles bancarios contados a partir de la fecha de presentación de esta solicitud.

** El plazo máximo para cancelar la domiciliación de solicitudes presentadas antes del 2 de junio de 2010, será de 10 días hábiles bancarios.***Atentamente,**_____
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CLIENTE