

FECHA
_____ de _____ de 20 ____

Solicito a esa institución de crédito que cancele la Domiciliación del pago que corresponda conforme a lo siguiente:

1. Nombre del Proveedor: _____.
2. Descripción del bien, servicio o Crédito 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 _____ ;

De tarjeta de crédito _____, 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 02 de junio de 2010, será de 10 días hábiles bancarios.

Atentamente,

(NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CLIENTE)