

FECHA

____ de _____ de 20 ____

Solicito que se domicilie el pago del bien o servicio materia de esta autorización con base en la información que a continuación se indica:

1. Nombre del Proveedor: _____.
2. Descripción del bien o servicio a domiciliar: _____.
3. Duración del período de facturación (Ejemplo: semanal, quincenal, mensual, bimestral, semestral, anual, etc.): _____.
4. Nombre del Banco que me lleva la Cuenta: _____.
5. Datos de identificación de la Cuenta:
Número tarjeta de débito (16 dígitos): _____, o
Clave Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la Cuenta (18 dígitos): _____.
6. Monto máximo de cada cargo autorizado por periodo de facturación: \$ _____.

INFORMACIÓN OPCIONAL

Número de identificación generado por el Proveedor:

Del cliente _____;

De referencia _____, o

De contrato _____.

Estoy enterado de que en cualquier momento podré pedir al banco que me lleva la cuenta, que cancele sin costo a mi cargo la Domiciliación solicitada.

Atentamente,_____
(NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CLIENTE)