

FORMATO PARA CANCELAR CARGOS RECURRENTE

FECHA
____ de _____ de 20 ____

Solicito a esa Emisora que cancele el Cargo Recurrente del pago que corresponda conforme a lo siguiente:

1. Nombre del Proveedor: _____ .
2. Descripción del bien o servicio objeto del Cargo Recurrente que lo solicita cancelar: _____ .
3. Número de Tarjeta de Crédito (16 dígitos): _____ .

INFORMACIÓN OPCIONAL PARA EL TARJETAHABIENTE

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 contados a partir de la fecha de presentación de esta solicitud.

Asimismo, estoy enterado de que si en adición al Cargo Recurrente que estoy solicitando cancelar, hubiera otros Cargos Recurrentes autorizados por mi a favor del mismo Proveedor que no puedan distinguirse del primero, es probable que para atender la presente solicitud la Emisora tenga que cancelar todos ellos.

Atentamente,

(NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL TARJETAHABIENTE)
(FIRMA)