



___ de _____ de 20__.

Nombre de la institución de crédito

Solicito a esa institución de crédito que cancele la domiciliación del pago que correspondan conforme a lo siguiente:

1. Nombre del proveedor: _____.

2. Descripción de 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)