

FORMATO PARA CANCELAR DOMICILIACIÓN

____ de _____ de 20____.

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE CRÉDITO)

Solicito a ese banco que cancele la domiciliación del pago siguiente:

1. Nombre del proveedor del bien, servicio o crédito: _____.
2. Bien, servicio o crédito, cuya domiciliación se solicita cancelar: _____.

En su caso, el número de identificación generado por el Proveedor (dato no obligatorio):
_____.

3. Cualquiera de los Datos de identificación de la cuenta donde se efectúa el cargo, siguientes:

Número de tarjeta de débito (16 dígitos): _____;

Clave Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la cuenta (18 dígitos): _____, o

Número del teléfono móvil asociado a la cuenta: _____.

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

A t e n t a m e n t e ,

(NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL TITULAR DE LA CUENTA)