

ORDEN DE CANCELACIÓN DE PORTABILIDAD DE NÓMINA

“Usted tiene derecho a que, sin costo a su cargo, los recursos de su salario, pensiones y otras prestaciones de carácter laboral que le depositen en la cuenta que tiene en esta institución, se transfieran a otra cuenta de la que usted sea titular, abierta en otro banco.

Para ello, únicamente requiere presentar su solicitud en cualquiera de nuestras sucursales o a través de nuestro servicio de banca electrónica por Internet que, en su caso, usted haya contratado con nosotros, mediante los formatos que tenemos a su disposición en dichas sucursales o en nuestra página electrónica de Internet, así como exhibir la documentación señalada en dichos formatos.”

www.bancoppel.com

L A D A SIN COSTO 01 800 1 BCOPPEL 2267735



Operación considerada para la garantía hasta por 400 mil UDIS por persona por institución.
www.ipab.org.mx

Ver condiciones, comisiones y requisitos en www.bancoppel.com.
CONDUSEF: www.condusef.gob.mx 53 400 999 ó 01800 999 80 80. UNE: une@bancoppel.com
(55)52780000. BanCoppel, S.A. Institución de Banca Múltiple, es una persona moral distinta de Coppel S.A. de C.V. así como de cualquiera de sus negocios afiliados o vinculados.

Formato para ordenar ante sucursales la cancelación de la transferencia de los recursos correspondientes a Prestaciones Laborales

_____* , _____* , a ____* de ____* de ____*
Ciudad *Entidad Federativa* *Día* *Mes* *Año*

_____* :
Denominación de la Institución Ordenante

Yo, _____(Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno)*, por mi propio derecho y por este acto, instruyo a que cancelen la transferencia periódica de los recursos correspondientes a mis salarios o, según sea el caso, pensiones, así como las demás prestaciones laborales que se depositen en mi cuenta número _____(dieciocho dígitos de la Cuenta Ordenante*) que lleva _____(Institución Ordenante), a la cuenta que tengo abierta a mi nombre en la institución de crédito denominada _____(Institución Receptora) y que corresponde a la identificada con el número de cuenta _____(dieciocho dígitos de la Cuenta Receptora*) o con el número de tarjeta de débito vigente _____(dieciséis dígitos de la tarjeta de débito de la Cuenta Receptora*).

Esta solicitud deberá surtir efectos a más tardar el segundo Día Hábil Bancario siguiente a la fecha en que la presente sea recibida.

Atentamente,

NOMBRE Y FIRMA DEL CLIENTE

La presente solicitud ha sido recibida por _____(Denominación de la Institución Ordenante)** el ____ (Día)** de ____ (Mes)** de ____ (Año)** y, para dar seguimiento a su tramitación, se le ha asignado el folio: _____(Número)**.

*Los datos correspondientes a estos rubros deberán ser llenados por el cliente al momento de presentar la solicitud.

**Los datos correspondientes a estos rubros deberán ser llenados por la Institución al momento de recibir la solicitud.