

Finanmadrid México S.A. de C.V. SOFOM E.R.
Boulevard Manuel Ávila Camacho No.50 y 66 Piso 4,
Col. Lomas de Chapultepec, Deleg. Miguel Hidalgo,
Distrito Federal C.P. 11000

AUTORIZACIÓN PARA DOMICILIAR EL PAGO EN CUENTA CLABE

México D.F. a los ____ días del mes de _____ del _____

Solicito y autorizo a que con base en la información que se indica en esta comunicación se realicen los cargos periódicos en mi cuenta conforme a lo siguiente:

Proveedor: Finanmadrid México S.A. de C.V. SOFOM E.R.

Bien, Servicio o Crédito a Pagar: Crédito automotriz

Número de Identificación del Contrato: _____

Periodicidad del pago: Mensual

Nombre del Banco: _____

Clabe Bancaria Estandarizada de la Cuenta (18 dígitos): _____

Monto máximo fijo del cargo autorizado por periodo de facturación \$ _____

Esta autorización vence el: _____

Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la cancelación de la presente domiciliación sin costo a mi cargo.

ATENTAMENTE.

(Nombre o Razón Social del titular de la cuenta)