



FORMATO PARA CANCELAR LA DOMICILIACIÓN

_____ de _____ del 20

(Nombre de la Institución de Crédito)

Solicito a este 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: _____

3.- Clave Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la cuenta (18 dígitos): _____

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 contando 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)