FORMATO PARA CANCELAR LA DOMICILIACIÓN

_____ a _____ de _____ del 20 _____.

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

Solicito a esta Entidad Financiera que cancele la domiciliación del pago siguiente:

1. Nombre del proveedor del bien, servicio o crédito:

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

2. Número de Contrato correspondiente a la cancelación de domiciliación:

_____.

3. Nombre del Banco: _____.

4. 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 20 días, contados a partir de la fecha de presentación de esta solicitud.

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

Firma y Nombre, Razón Social o Denominación del Titular de la cuenta.