



BANCO AHORRO FAMSA, S.A.,
INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE.
Ave. Alfonso Reyes 1500 Nte, Col. Sarabia,
Monterrey, C.P. 64490, N.L.

Formato para solicitar la Domiciliación

_____ de _____ de 20 _____

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

1. Nombre del proveedor del bien, servicio o crédito, según corresponda, que pretende pagarse:

_____ .

2. Bien, servicio o crédito a pagar: _____ . En su caso, el número de identificación generado por el proveedor (dato no obligatorio): _____ .

3. Periodicidad del pago (Facturación) (Ejemplo: semanal, quincenal, mensual, bimestral, semestral, anual, etc.): _____ o, en su caso, el día específico en el que solicita realizar el pago: _____

4. Nombre del banco que lleva la cuenta de depósito a la vista o de ahorro en la que se realizará el cargo:

_____ .

5. Cualquiera de los datos de Identificación de la cuenta, siguientes:

Número de Tarjeta de Débito (16 dígitos): _____ .
Clave Bancaria estandarizada ("CLABE") de la Cuenta (18 dígitos): _____ , o
Número de teléfono móvil asociado a la cuenta: _____ .

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

En el lugar del monto máximo fijo, tratándose del pago de créditos revolventes asociadas a Tarjeta de Crédito, el titular de la cuenta podrá optar por autorizar alguna de las opciones de cargo siguientes:

(Marcar con una X la opción que, en su caso, corresponda)

El importe del pago mínimo de periodo: () .
El saldo total para no generar intereses en el periodo: () .
Un monto fijo: () (incluir monto) \$ _____ .

7. Esta autorización es por plazo indeterminado (), o 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)