



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

BC-PRO-48

Formato para cancelar la Domiciliación

_____ de _____ de 20 _____

(Nombre de la Institución de Crédito)

Solicito a ese 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:

_____ .

En su caso, el número de identificación generado por el proveedor (dato no obligatorio):

_____ .

3. Cualquiera de los Datos de Identificación de la cuenta, donde se efectúa el cargo, 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:

_____ .

Estoy enterado de que la cancelación es sin costo a mi cargo y que sufrirá efectos en un plazo no mayor a 3 días hábiles bancarios contando a partir de la fecha de presentación de esta solicitud.

Atentamente

(Nombre o razón social del titular de la cuenta)