



BANCO AHORRO FAMSA, S.A.
Institución de Banca Múltiple

Avenida Pino Suárez #1202 Nte. Tercer Piso "A", Col. Centro
Monterrey N.L. C.P. 64000, Teléfono 01(81) 1233-6900

**FORMATO PARA SOLICITAR
LA DOMICILIACION**

de del

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

DATOS GENERALES

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

Bien, servicio o crédito, a pagar:

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

Periodicidad del pago (Facturación)
(Ejemplo: semanal, quincenal, mensual, bimestral, trimestral, semestral, anual, etc.)

o, en su caso, el día específico en el que se solicita realizar el pago:

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

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 del teléfono móvil asociado a la cuenta:

MONTO DEL CARGO

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

En lugar del monto máximo fijo, tratándose del pago de créditos revolventes asociados a tarjetas 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 del periodo:

El saldo total para no generar intereses en el periodo:

Un monto fijo:

(Incluir monto) \$

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 RAZON SOCIAL DEL TITULAR DE LA CUENTA