

Formato para solicitar ante sucursales cancelar la Domiciliación

___ de _____ de 20__.

Fundación Dondé Banco, S.A., I.B.M.:

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 del teléfono móvil asociado a la cuenta: _____ (*).

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 contado a partir de la fecha de presentación de esta solicitud.

Atentamente,

(NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL TITULAR DE LA CUENTA)

Para ser llenado exclusivamente por la Institución**

La presente solicitud ha sido recibida por Fundación Dondé Banco, S.A., I.B.M., el día ____ del mes de _____ del año ____ y, para dar seguimiento a su tramitación, se le ha asignado el folio número: _____.

*Los datos correspondientes a estos rubros deberán ser llenados por el cliente al momento de presentar la solicitud.

**Los datos correspondientes a estos rubros deberán ser llenados por la Institución al momento de recibir la solicitud."