

ANEXO 2

FORMATO PARA CANCELAR LA DOMICILIACIÓN

___ de _____ de 20__.

BANCO DEL AHORRO NACIONAL Y SERVICIOS FINANCIEROS, S.N.C.

Solicito a esa institución de crédito que cancele la Domiciliación del pago que correspondan conforme a lo siguiente:

1. Nombre del Proveedor:

_____.

2. Descripción de bien, servicio o Crédito, cuya domiciliación se solicita cancelar:

_____.

3. Datos de identificación de la Cuenta:

Número de tarjeta de débito (16 dígitos): _____, o

Clave Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la Cuenta (18 dígitos): _____.

INFORMACIÓN OPCIONAL:

Número de identificación generado por el Proveedor:

Del Cliente _____;

De referencia _____;

De tarjeta de crédito _____, o

De contrato _____.

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 contados a partir de la fecha de presentación de ésta solicitud.

** El plazo máximo para cancelar la domiciliación de solicitudes presentadas antes del 2 de junio de 2010, será de 10 días hábiles bancarios.*

Atentamente,

(NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CLIENTE)