

# 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 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)