

FORMATO PARA CANCELAR LA DOMICILIACIÓN

_____ a _____ de _____ del 20_____.

Finanmadrid México S.A. de C.V. SOFOM E.R.

Solicito a esta Entidad Financiera que cancele la domiciliación del pago siguiente:

1. Nombre del proveedor del bien, servicio o crédito:

Finanmadrid México S.A. de C.V. SOFOM E.R.

2. Número de Contrato correspondiente a la cancelación de domiciliación:

_____.

3. Nombre del Banco: _____.

4. Clave Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la cuenta (18 dígitos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estoy enterado de que la cancelación es sin costo a mi cargo y que surtirá efectos en un plazo no mayor a 20 días, contados a partir de la fecha de presentación de esta solicitud.

A t e n t a m e n t e,

Firma y Nombre, Razón Social o Denominación del Titular de la cuenta.

FINANMADRID MEXICO SA DE CV, SOFOM ER
Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 50 piso 4, Col. Lomas de Chapultepec,
Delegación Miguel Hidalgo. C.P. 11000 CDMX, México.