



FORMATO DE DOMICILIACION

AUTORIZACION PARA DOMICILIACION DE RECIBOS Y/O PAGOS

FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR

Prado Norte 550, Lomas de Chapultepec, C.P. 11000 Ciudad de México, CDMX

NOMBRE DEL TITULAR: **GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ** NÚMERO DE CREDITO: _____

IMPORTE TOTAL \$ **15000** PARCIALIDADES \$ **668,97**

PLAZO: **36** Mensual ☐ Catorcenal ☐ Quincenal ☐

Opción 1

CLIENTE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA: **GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ**

BANCO DE LA CTA. BANCARIA: **012 BANCOMER**

Clabe ☐ **X**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Cuenta ☐

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Opción 2

CLIENTE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA: _____

BANCO DE LA CTA. BANCARIA: _____

Clabe ☐

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Cuenta ☐

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

REFERENCIAS PERSONALES:

| | | |
|--|---|-----------------------|
| PRUEBA | PRUEBA | AMISTAD |
| Nombre/Apellido Paterno/Apellido Materno | | Parentesco |
| Lada () 5444444444 | De: 09:05 a 07:06 De: LUNES a MIERCOLES | () 2222222222 |
| Tel de Casa | Horario de Contacto | Celular |

| | | | |
|--|---|-----------------------|------------|
| PRUEBA | PRUEBA | PRUEBA | AMISTAD |
| Nombre/Apellido Paterno/Apellido Materno | | | Parentesco |
| Lada () 4444444444 | De: 07:06 a 11:00 De: LUNES a MIERCOLES | () 7777777777 | |
| Tel de Casa | Horario de Contacto | Celular | |

Solicito y autorizo al (los) banco(s) para que realice(n) por mi cuenta los pagos por los conceptos que en este documento se detallan, con cargo a la (s) cuenta (s) bancaria (s) identificada (s) por la(s) CLABE o número (s) de cuenta indicado (s). Convengo en que el (los) banco (s) quedan liberados de toda responsabilidad si FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR ejercitará acciones de cobro a la cuenta antes señalada a mi nombre, derivado de los contratos celebrados entre FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR y el que suscribe; y que los bancos no estarán obligados a efectuar ninguna reclamación a FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR, ni gestiones de cobro por multas, sanciones o cobros indebidos. Esta autorización es por un plazo indefinido. Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la cancelación de la presente domiciliación sin costo a mi cargo.

GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ

Nombre del titular

Firma del titular

Ciudad y Fecha **Ciudad de México**

05/11/2019