



SERVICIO DE DOMICILIACION DE PAGOS

Anexo C

Solicitud de Información Estructurada
(A – Alta M – Modificación B – Baja)

Tipo de mantenimiento: []

DATOS GENERALES

Fecha:

Nombre o Denominación Social:

Número de empresa:

Calle, número y colonia:

Municipio y Estado:

Teléfono y Código Postal:

Dirección de correo electrónico:

Número de BEM

Nombre del contacto:

Teléfono del contacto:

Cuenta de Cheques Concentradora:

Formato de Layout:

Tradicional

SIGA

Cargos Autorizados

--

Payworks Clabe:

Si

--

No

--

Reintentos a cuentas propias:

Monto máximo por facturación
autorizado por la empresa

\$

REFERENCIAS				
Referencia	Nombre	Longitud(Max.40)		Tipo(N=Numerico: AN=Alfanumerico)
1				
Referencia	Dígito verificador (S=1; N=0)		Modulo	
1	10	<input type="text"/>	11	<input type="text"/>
			97	<input type="text"/>
				Otro

Firma: _____

Nombre: _____

Puesto: _____

“EMISOR”
(Representado por:)

BANORTE
(Representado por:)

Firma: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Nombre: _____