

FORMATO PARA SOLICITAR LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE DOMICILIACIÓN

LIFTOFF S.A. DE C.V. IFPE

de

de 20

Solicito y autorizo que con base en la información que se indica en esta comunicación se realicen cargos en mi Cuenta de Fondos de Pago Electrónico conforme a lo siguiente:

1. Nombre del Tercero Autorizado para instruir cargos en la Cuenta de Fondos de Pago Electrónico:**2. Motivo de la Transferencia de Fondos o Transferencia de Fondos de Pago Electrónico:****En su caso, el número de identificación generado por el Tercero Autorizado:****3. Periodicidad del cargo (Facturación) (Ejemplo: semanal, quincenal, mensual, bimestral, semestral, anual, etc.), o, en su caso, único indicando el día específico en el que se solicita realizar el cargo (marcar la opción que corresponda):**

- Semanal Quincenal Mensual Bimestral
 Semestral Anual Único

Día específico en el que solicita realizar el pago _____

4. Nombre de la Institución del Cliente Domiciliado:**5. Cualquiera de los datos de identificación de la Cuenta de Fondos de Pago Electrónico, siguientes:**

Número de Tarjeta (16 dígitos): _____

Clave Bancaria Estandarizada ("CLABE")
de la Cuenta de Fondos de Pago Electrónico (18 dígitos): _____**6. Monto máximo fijo del cargo autorizado por periodo de facturación:****7. Esta autorización es por plazo indeterminado**Si No o, vence el _____

Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la cancelación de la presente domiciliación sin costo a mi cargo.

Atentamente

(NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA DE FONDOS DE PAGO ELECTRÓNICO)