

## FORMATO PARA SOLICITAR LA CANCELACIÓN DEL SERVICIO DE DOMICILIACIÓN

**LIFTOFF S.A. DE C.V. IFPE**

de

de 20

Solicito a esa institución que cancele la domiciliación del cargo 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 cuya Domiciliación se solicita cancelar:**

**En su caso, el número de identificación generado por el Tercero Autorizado (dato no obligatorio):**

**3. Cualquiera de los datos de identificación de la Cuenta de Fondos de Pago Electrónico donde se efectúa el cargo, siguientes:**

**Número de Tarjeta** (16 dígitos): \_\_\_\_\_

**Clave Básica Estandarizada ("CLABE")**

de la Cuenta de Fondos de Pago Electrónico (18 dígitos): \_\_\_\_\_

Estoy enterado de que la cancelación 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 DEL TITULAR DE LA CUENTA DE FONDOS DE PAGO ELECTRÓNICO)