



## FORMATO PARA SOLICITAR LA DOMICILIACIÓN

     **DÍA** de      **MES** de 20      **AÑO**

Solicito y autorizo que en base en la información que se indica en esta comunicación se realicen cargos periódicos en mi cuenta de nómina conforme a lo siguiente:

1.- Nombre del proveedor del bien, servicio o crédito, según corresponda, que pretende pagarse:

    **INSTITUTO DE PENSIONES DEL ESTADO**    

2.- Bien, servicio o crédito, a pagar:     **PRESTAMO A**    . En su caso,

el número de identificación generado por el proveedor (dato no obligatorio):     **NO LLENAR**    

3.- Periodicidad del pago ( Facturación) (ejemplo: semanal, quincenal, mensual, bimestral, semestral, anual etc.):     **QUINCENAL O MENSUAL**     o, en su caso, el día específico en el que solicitará

realizar el pago:     **NO LLENAR**    

4.- Nombre del banco que lleva la cuenta de depósito a la vista o de ahorro en lo que se realiza el cargo:

    **BANCO QUE LE PAGUE SU NOMINA**    

5.- Cualquiera de los datos de identificación de la cuenta, siguientes:

Número de tarjeta de débito (16 dígitos)     **ANOTAR NUMERO DE CUENTA**    

Clave Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la cuenta (18 dígitos):     **ANOTAR CUENTA CLABE**    

Número de teléfono móvil asociado a la cuenta:     **ANOTAR TELÉFONO**    

6.- Monto máximo fijo del cargo autorizado por periodos de facturaciones:

En lugar del monto máximo fijo, tratándose del pago de créditos revolvente asociados a tarjetas de crédito, el cliente podrá optar por autorizar alguna de las opciones de cargo siguientes: **NO LLENAR**

Marcar con una (X) la opción que, en su caso corresponda

- |  |  |
|--|--|
| El importe del pago mínimo del periodo:                | ( <input type="checkbox"/> ), <b>NO LLENAR</b>                                 |
| El saldo total para no generar intereses en el periodo | ( <input type="checkbox"/> ), o <b>NO LLENAR</b>                               |
| Un monto fijo:   | ( <input type="checkbox"/> ), incluir monto \$ <u>    <b>NO LLENAR</b>    </u> |
| Esta autorización es por plazo indeterminado           | ( <input type="checkbox"/> ), o vence el: <u>    <b>NO LLENAR</b>    </u>      |

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

**ATENTAMENTE**

    **NOMBRE Y FIRMA**    

**(Nombre y Firma)**