



ANEXO
B

FORMATO PARA SOLICITAR LA CANCELACIÓN DEL SERVICIO DE
DOMICILIACIÓN

Ciudad de México, a [insertar texto] de [insertar texto]_de 20[insertar texto].

KLU TECH S.A.P.I. DE C.V.

INSTITUCIÓN DE FONDOS DE PAGO ELECTRÓNICO

Solicito a esa institución que cancele la domiciliación del cargo siguiente:

Nombre del Tercero Autorizado para instruir cargos en la Cuenta de Fondos de Pago Electrónico:	[insertar texto]
Motivo de la Transferencia de Fondos o Transferencia de Fondos de Pago Electrónico cuya Domiciliación se solicita cancelar	[insertar texto]
En su caso, el número de identificación generado por el Tercero Autorizado (dato no obligatorio):	[insertar texto]
Cualquiera de los siguientes datos de identificación de la Cuenta de Fondos de Pago Electrónico donde se efectúa el cargo (Marcar con una X): Número de Tarjeta a 16 dígitos ([insertar texto]) Clave Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la Cuenta de Fondos de Pago Electrónico a 18 dígitos ([insertar texto])	[insertar texto]

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, así como del clausulado contenido en el Contrato de Adhesión con número RECA: 16435-458-040070/04-01444-0626.

Atentamente,

[insertar texto]_____

(RAZÓN SOCIAL DEL TITULAR DE LA CUENTA DE FONDOS DE PAGO ELECTRÓNICO Y NOMBRE FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)