



NOMBRE DE LA EMISORA DE LA TARJETA DE CRÉDITO

FECHA

INFORMACIÓN DE LA CANCELACIÓN DEL CARGO

Solicito a la Emisora que cancele el cargo recurrente del pago que corresponda conforme a lo siguiente:

Nombre del establecimiento (proveedor): _____.

Descripción del bien o servicio objeto del cargo recurrente: _____.

Número de la tarjeta de crédito (16 dígitos): _____.

INFORMACIÓN OPCIONAL PARA EL TARJETAHABIENTE

Número de identificación generado por el proveedor:

Del Socio: _____;

De referencia: _____, o

De contrato: _____.

Estoy enterado de que la cancelación es sin costo a mi cargo y que surtirá efecto en un plazo no mayor a 3 días hábiles contados a partir de la fecha de presentación de esta solicitud.

Asimismo, estoy enterado de que, si en adición al cargo recurrente que estoy solicitando cancelar, hubiera otros cargos recurrentes autorizados por mí, a favor del mismo proveedor, que no puedan distinguirse del primero, es probable que, para atender la presente solicitud, la Emisora tenga que cancelar todos ellos.

FIRMA

ATENTAMENTE

NOMBRE DEL SOCIO TARJETAHABIENTE Y FIRMA