

### Formato para solicitar la domiciliación

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

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

1. Seleccione el nombre del proveedor del bien, servicio o crédito, según corresponda, que pretende pagarse:  
 *Leer nos Incluye a TODOS, IAP*  
 *Asociación para Leer, Escuchar, Escribir y Recrear, A.C.*
2. Bien, servicio o crédito, a pagar: donativo mensual. El cual se hará los días 17 de cada mes.
3. Nombre del banco que lleva la cuenta de depósito a la vista o de ahorro en la que se realizará el cargo: \_\_\_\_\_.
4. Cualquiera de los Datos de Identificación de la cuenta, siguientes:  
Número de tarjeta de débito (16 dígitos): \_\_\_\_\_;  
Clave Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la Cuenta (18 dígitos) \_\_\_\_\_;  
o Número del teléfono móvil asociado a la cuenta: \_\_\_\_\_.
5. Monto máximo fijo del cargo autorizado por periodo de facturación: \_\_\_\_\_.  
En lugar del monto máximo fijo, tratándose del pago de créditos revolventes asociados a tarjetas de crédito, el cliente podrá optar por autorizar alguna de las opciones de cargos siguientes:  
*(Marcar con una X la opción que, en su caso, corresponda)*  
El importe del pago mínimo del periodo:   
El saldo total para no generar intereses en el periodo:   
Un monto fijo:  *(incluir monto)* \$ \_\_\_\_\_.
6. Esta autorización es por plazo indeterminado (  ), o vence el: \_\_\_\_\_.
7. Datos fiscales en caso de requerir factura:

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

Atentamente,

---

**(Nombre o Razón Social del cliente)**

---

**Datos de contacto**