Yo, titular de la cedula de identidad No. en mi carácter de representante legal de la empresa RIF ,a fin de incorporarme al Servicio de Domiciliación de Pago, les autorizo para que soliciten al Banco Occidental de Descuento BOD efectuar los cargos de mis facturas por la Afiliación a Capemiac a la

**Cuenta**

Ahorros Corriente N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Transferencia

Banco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tarjeta de Crédito**

Visa Master Card American Express

Tarjeta N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta autorización es efectiva a partir de la presente fecha. Solo tendrá validez si la cuenta está vigente, pudiéndose dar por terminado la autorización por escrito por un mes de antelación.

**Por el Afiliado**

*(Firma y sello)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Teléfonos:**  Oficina:  Celular | **Correos electrónicos**  e-mail  e-mail |

Fecha: / /