



CHILD HEALTH PLUS CANCELACIÓN DEL DÉBITO
DIRECTO

Cancelación del Débito Directo

Por el presente solicito que se cancelen las instrucciones de Débito Directo detalladas abajo con vigencia a partir del _____

Cuenta de Banco No. _____

No. de Routing _____

Nombre del Banco: _____

Número de teléfono del Banco (_____)

Cantidad: (_____)

Fecha de Vencimiento del Débito Directo: _____

He enviado una copia de esta carta al Banco para su información

Estoy de acuerdo con todas las condiciones establecidas en este documento y he proporcionado esta información de manera exacta y completa. Entiendo que estoy sujeto a todas las reglas y condiciones de mi banco y a las leyes aplicables.

Firma: _____

Fecha: _____

Identificación del suscriptor: _____

