



SEMINARIO DE GUADALAJARA

CARTA AUTORIZACIÓN Domiciliación

Lugar y fecha: _____

Nombre del donador pagador: _____

(Titular de la cuenta)

Cargo a:

- CLABE de Cuenta de Cheques (18 dígitos)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Banco: _____

- Número de Tarjeta de Débito (16 dígitos)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Banco: _____

Servicio que se paga: **DONACIÓN** Periodicidad: **MENSUAL**

Periodo de donación: DE: Mes: Año:

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

A:

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Las siguientes políticas son aplicables a la presente autorización:

- El cargo para efectuar el pago de este servicio es a Cuenta de Cheques y/o Tarjeta de Débito.
- En caso de robo, extravío o cancelación de la cuenta, será necesario comunicarnos la nueva a fin de continuar con el cargo automático.
- La aportación de su donación se aplicará en la fecha límite de pago establecida. Deberá contar con fondos suficientes, de lo contrario no se efectuará el pago.
- El cargo quedará registrado en su estado de cuenta mostrando como concepto "Domiciliación", incluyendo detalle de movimientos.
- En caso de requerir alguna aclaración comunicarse a (33) 3122-9322 o 3647-9250 ext. 134 (Oficina de Colectas).

Autorizo a Scotiabank S.A. de C.V. para que realice por mi cuenta los pagos por los conceptos que en este documento se detallan, con cargo a la cuenta bancaria identificado por la CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) o número de tarjeta de débito indicado al rubro. Convengo que Scotiabank queda liberado de toda responsabilidad si la empresa Facturadora ejercitara acciones contra mí derivados de la Ley o Contrato que tengamos celebrado, y que Scotiabank no estará obligado a efectuar reclamación alguna a la empresa Facturadora, ni interponer recursos de especie alguna contra multas, sanciones o cobros indebidos, todo lo cual, en caso de ser necesario, será ejecutado por mí. Scotiabank no se hará responsable si la empresa Facturadora no entregara oportunamente los comprobantes de los servicios, o si los pagos se realizaran extemporáneamente por razones ajenas a Scotiabank. Scotiabank tendrá absoluta libertad de cancelarme este servicio si en mi cuenta no existieran fondos suficientes para cubrir los pagos contratados, o bien, ésta estuviera bloqueada por algún motivo válido.

**Firma del responsable y sello
Oficina de Colectas**

Firma del donador pagador

Nombre: _____
 Teléfono: _____
 Email: _____

Nota: A este formato deberá anexarse copia de la identificación del titular de la cuenta o tarjeta, así como el estado de cuenta o de la propia tarjeta por ambos lados a la que se realizará el cargo. Puede entregar la documentación en la oficina de colectas del Seminario Mayor, vía fax al 3122-9322 o por email a oficinacolectas@semguad.org.mx