

ORDEN DE PAGO

Es imprescindible que rellene **TODOS** los campos para procesar esta solicitud.

Por favor, complemente los apartados que figuran en blanco para que el banco / entidad financiera acepte cargar en su tarjeta el monto de **CPP Protección de Tarjetas**. Una vez complementado envíelo a:

Servicios de Asistencia a Tarjetahabientes CPP México S. de R.L. de C.V.
Guillermo González Camarena No. 1000, piso 1, Centro Ciudad Santa Fe México, D.F. C.P. 01210.

DIRIGIDO AL: Director de Banco / Entidad Financiera:

Dirección: _____

No. de Cliente: _____

Monto Anual: _____

DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA

Nombre: _____ Apellidos: _____

R.F.C. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tel. particular: _____ Tel. Celular: _____

E-mail: _____

DATOS DE LA TARJETA

Nombre de la tarjeta: _____

Tipo de la Tarjeta: Visa Mastercard Otros: _____

Número de la Tarjeta: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ORDEN AL BANCO

Ruego carguen en mi tarjeta los recibos presentados por **Servicios de Asistencia a Tarjetahabientes CPP México S. de R.L. de C.V.** Tanto las cantidades como las fechas pueden variar, rogándole sean atendidas salvo orden expresa mía en contra.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma del Titular:
