

Nuevo Laredo, Tamaulipas a ____ de _____ del _____.

Solicito que se domicilie el pago en materia de los servicios prestados por el Organismo COMISION MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO DEL MUNICIPIO DE NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS en forma mensual con base en la información que a continuación se indica:

Nombre del Usuario: _____

Número de cuenta: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Registro Federal de Contribuyentes: _____

Numero Credencial de Elector: _____

Titular de la cuenta bancaria: _____

Datos del Banco que me lleva la cuenta:

Nombre: _____

CLABE bancaria: _____

Monto máximo de cada cargo autorizado mensual: \$ _____

Estoy enterado de que en cualquier momento puedo solicitar la cancelación de este servicio ante la COMISION MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO DEL MUNICIPIO DE NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS sin ningún costo a mi cuenta.

ATENTAMENTE

(Nombre y firma del Usuario o representante legal)

**** Se anexa copia de la identificación oficial con fotografía**