

AUTORIZACIÓN PARA DOMICILIAR EL PAGO DE BIENES Y SERVICIOS.

FECHA 21/12/2020	NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA DE PAGO FARMACIAS ARMO SA DE CV
CUENTA DE CARGO BANCO: <u>BBVA</u> CUENTA: <u>0451672711</u> CLABE INTERBANCARIA: <u>012528004516727110</u> MONTO MAXIMO AUTORIZADO MENSUAL (TRES VECES LA RENTA): \$134,355.00	

REFERENCIA DEL SERVICIO QUE SE PAGA NOMBRE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO: <u>REPARTO UTIL SAPI DE C.V.</u> DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO: <u>ARRENDAMIENTO PURO</u> REFERENCIA: <u>PAGO DE RENTA Y SERVICIOS</u> PERIODICIDAD CON LA QUE SE EFECTUARA EL PAGO: <u>MENSUAL</u>

Autorizo a **REPARTO UTIL SAPI DE CV** para que realice por mi cuenta los pagos por el concepto que en este documento se detalla, con cargo a la cuenta antes indicada. Es de mi conocimiento que en cualquier momento podré solicitar la cancelación sin ningún costo ni penalización.

ATTE:



FARMACIAS ARMO SA DE CV

