



POSCOMERCIAL

M E D I O S D E P A G O

AUTORIZACIÓN DOMICILIACIÓN DE SERVICIO

Yo, _____ titular de la cedula de Identidad Nro. _____
Representante de la empresa o Firma Personal registrada _____
RIF _____, autorizo al Banco Provincial RIF J-00002967-9 a que realice los débitos
correspondientes abajo detallados de mi cuenta bancaria Nro. _____ de Banco
Provincial a la Empresa **POSCOMERCIAL** RIF J-41013404-6, producto de los servicios contratados con
ellos, el cual debo efectuar pagos mensuales según lo convenido en nuestro contrato de servicios:

Cuota mensual de servicios operativos.

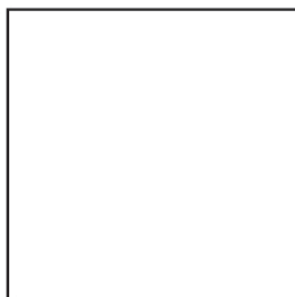
Caracas, ____ de _____ de 20 ____.

Sin más que hacer referencia.

Firma y sello



Huella dactilar Derecha



Huella dactilar Izquierda