



CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA CARGO AUTOMÁTICO BANAMEX

Número de Afiliación:	01311182
Nombre Comercial:	Ojos que Sienten
Razón Social:	Ojos que Sienten A.C.
Calle:	Frontera 102
Colonia:	Roma Norte
Delegación:	Cuauhtemoc
C.P.	06700
Ciudad	México D.F.

Solicito y autorizo a Banco Nacional de México S.A. Integrante del Grupo Financiero Banamex o aquella institución afiliada a VISA o a MasterCard para que, que con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente o el contrato de depósito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto del cual se me expidió la Tarjeta abajo citada o en su caso el número de Tarjeta que por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado el Banco, se sirvan pagar por mi cuenta a nombre de OJOS QUE SIENTEN A.C., los cargos por los conceptos periodicidad y montos que se detallan a continuación.

El Negocio Afiliado señala señalado en el rubro, se obliga y es responsable de cumplir con: (i) la información generada correcta y oportuna de los cargos al Tarjetahabiente, (ii) de la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando a Banco Nacional de México S.A., Integrante del Grupo Financiero Banamex o a cualquier institución afiliada a VISA o Master Card de toda reclamación que se genere por parte del Tarjetahabiente.

El Tarjetahabiente podrá revocar la Carta de Autorización mediante un comunicado por escrito con quince días naturales de anticipación que recibirá el Negocio Afiliado, el anotará la fecha de su recepción con la firma y nombre de quien recibe por el Negocio Afiliado. En este caso el Negocio Afiliado deberá informar al Tarjetahabiente la fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta de autorización.

Lugar y Fecha:		Fecha Inicio de Contrato: dd <input type="text"/> mm <input type="text"/> aaaa <input type="text"/>
Nombre:		Fecha Fin de Contrato: dd <input type="text"/> mm <input type="text"/> aaaa <input type="text"/>
Apellido Paterno:		Periodicidad: <input type="text" value="MEHSUAL"/>
Apellido Materno:		Importe: <input type="text"/>
Teléfono		Vencimiento de Tarjeta: mm <input type="text"/> aa <input type="text"/>
Celular		Banco emisor de tarjeta <input type="text"/>
e-mail		H. de tarjeta de crédito <input type="text"/>
		Concepto del cargo <input type="text" value="Programa de Padrinos"/>

Si requiere de Recibo de Donativo, favor de completar la información para llenado de recibo e información para envío del mismo. El envío se hará por correo o podrá recogerlo en Frontera 102, Col. Roma, Del. Cuauhtemoc.

R.F.C.	<input type="text"/>	Datos para envío	<input type="text"/>
Nombre o	<input type="text"/>	Calle:	<input type="text"/>
Razón Social:	<input type="text"/>	Colonia:	<input type="text"/>
Calle:	<input type="text"/>	Delegación:	<input type="text"/>
Colonia:	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
Delegación:	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>
C.P.	<input type="text"/>		
Ciudad	<input type="text"/>		

Firma Responsable
Ojos que Sienten A.C.

Firma de Tarjetahabiente
Acepto Cargo Automático Banamex