



Datos del solicitante:

Fecha: _____

R.F.C.: _____

Nombre: _____

Domicilio para oír y recibir toda clase de notificaciones en:

Calle: _____

No. Exterior: _____

Interior: _____

Colonia: _____

Municipio: _____

Estado: _____

C.P.: _____

Tel. con lada: _____

Correo Electrónico _____

Celular: _____

Solicitud de servicio:

Servicio que desea domiciliar:

PAGO DE CONTINUACIÓN VOLUNTARIA

Banco donde tiene su cuenta:

CLABE interbancaria:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Observaciones:

Términos aplicables a la presente autorización:

- 1) El cargo se efectuará el día 5 de cada mes por lo que deberá contar con fondos suficientes, de lo contrario el cargo no se realizará y tendrá la obligación de hacer su pago por cualquiera de los otros medios disponibles.
- 2) El alta de esta instrucción deberá efectuarse con 5 días hábiles de anticipación a la fecha de programación del cargo.
- 3) El cargo quedará registrado en su estado de cuenta con el concepto "domiciliación ISSEG".
- 4) El servicio podrá cancelarse en cualquier momento a petición del interesado presentando un escrito libre.

Requisitos:

- 1) Formato de solicitud firmado
- 2) Copia de caratula de cuenta a nombre del solicitante (con clave bancaria estandarizada) no mayor a 2 meses
- 3) Copia de identificación oficial vigente.

Autorizo al banco para que realice, por mi cuenta, los pagos por concepto de cuota y aportación de la Continuidad Voluntaria en el Régimen de Seguridad Social del ISSEG, con cargo a la cuenta bancaria identificando la CLABE (Clave Bancaria Estandarizada). Declaro que he leído y acepto las condiciones y términos del presente formato. ATENTAMENTE,

FIRMA

Consulta del aviso de privacidad integral y simplificado.

El aviso de privacidad integral y simplificado podrá ser consultado en la página institucional de internet del Instituto de Seguridad Social del Estado de Guanajuato: www.isseg.mx



Solicitante: _____

Recibe: _____