

Lugar y fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO

Por medio del presente y en virtud del apoyo a los niños, adolescente y familias en situación de vulnerabilidad a través de **donaciones recurrentes** a la organización sin fines de lucro SALEM International (Cliente cobrador), autorizo(amos) de manera incondicional e irrevocable al BANCO PICHINCHA C.A. (Institución cobradora), debitar de mi (nuestra) Cuenta ☐ Ahorros o ☐ Corriente N° _____ del Banco o Institución Financiera _____, de la cual soy(somos) titular(es), el valor mensual de USD _____ por dicho compromiso.

Me(nos) comprometo(comprometemos) a mantener los fondos necesarios, para que el BANCO PICHINCHA C.A., pueda realizar los débitos de la cuenta en mención, de manera efectiva. El débito se realizará entre el 5° y 10° día del mes.

Esta autorización de débito puedo (podemos) dar por terminado sin exponer los motivos en cualquier momento con mínimo 15 días de anticipación al próximo débito.

Atentamente,

Firma del cliente pagador

Nombre del cliente Pagador:

En caso que sea persona natural:

Nombre: _____

Cl., PA: _____

En caso que sea persona jurídica:

Nombre: _____

Cl., PA: _____

Representante Legal

Nombre de la empresa: _____

RUC: _____