DOCUMENTO ANULACIÓN AUTORIZACIÓN

DATOS DE LA PERSONA PARA LA QUE SE ANULA LA AUTORIZACIÓN

Nombre y apellidos:

N.I.F. / N.I.E.:

DATOS DE LA/S CUENTA/S EN LAS QUE SE ANULA LA AUTORIZACIÓN

Nombre y apellidos titular/es:

N.I.F. / N.I.E. titular/es:

Cuenta/s en la/s que se anula la autorización:

E S — Cód. país | DC | Entidad | Oficina | DC | Nº de Cuenta

E S — Cód. país | DC | Entidad | Oficina | DC | Nº de Cuenta

E S — Cód. país | DC | Entidad | Oficina | DC | Nº de Cuenta

Con la presente solicitud, el titular o titulares de las cuentas indicadas, abiertas a su nombre en Self Bank, solicitan que la persona autorizada hasta ahora en las mismas, deje de ejercitar en su nombre las facultades para las que se le autorizó.

En _____, a ___ de ___ de 2 0 ___

CLIENTE:

DNI:

FIRMA:

CLIENTE::

DNI:

FIRMA: