

Comercios Afiliados

F-CRI-0005275-Formulario Desafiliación de Comercio/Retiro de POS V1

Por este medio le solicito realizar el siguiente trámite:

Retiro de POS

Cierre de Afiliado

Numero de Afiliado:

Nombre de Afiliado:

Razón del por qué desea retiro/cierre: _____

Contacto para retiro de POS:

Nombre:

Teléfono Fijo:

Celular:

Dirección para Retiro de POS:

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Otras Señas:

Nota:

Por favor comuníquese a nuestro Centro de Atención Telefónica de Comercios Afiliados (2295-9292) para solicitar el ingreso de la gestión correspondiente y le indicaran como proceder con el envío del formulario.

Nombre de la persona que solicita el tramite

Firma de la persona que solicita el tramite

Fecha

El cliente sea tarjetahabiente, comercio afiliado u otro equivalente, manifiesta expresamente su anuencia para que BAC Credomatic pueda compartir la información que suministra para el cumplimiento de los objetivos de este contrato, con otras empresas del mismo grupo financiero BAC Credomatic (tal como está constituido actualmente o en el futuro), con el propósito de promocionar otros productos o servicios comerciales y/o financieros. El cliente indica que la presente autorización la hace conociendo el alcance de sus manifestaciones, las cuales son de carácter irrevocable y por tiempo indefinido, la posibilidad de compartir información, se mantendrá incluso aun y cuando la relación contractual o comercial con BAC Credomatic haya expirado.