



Forma de Autorización de ACH

Fecha: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo Electronico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Número de Cuenta de PUB: _____

Tipo de Cuenta Bancaria: _____

Numero de Giro Bancario: _____

Numero De Cuenta Bancaria: _____

Institución Financiero

Nombre de Banco: _____

Dirección de Banco: _____

Ciudad/Estado: _____

Teléfono de Banco: _____

Le autorizo a PUB retirar fondos de mi banco, cuenta de préstamos y ahorros, o credit union en la cantidad de mi consumo/cobro mensual. Este retiro se hará el día _____ de cada mes. Comprendo/entiendo que yo controlo mis pagos, y a cualquier tiempo que decido dicontinuar o suspender este servicio de pago, le daré a BPUB por escrito, notificación 30 days en anticipo.

Comprendo/entiendo que si mi retiro automatico sera devuelto por fondos insuficientes o cuenta cerrada sere recargado y accion de coleccion sera tomada.

Mi firma indica que he verificado y confirmado toda la informacion presentada en esta solicitud

Se requiere un cheque cancelado al remitir esta solicitud.

Firma

Fecha