



INTEGRITY. EXPERTISE. SERVICE. INNOVATION.
NMLS #3056

11281 Business Park Circle • Firestone, CO 80504-9534
720-494-2740 • www.centennial-lending.com

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Por la presente autorizo a Centennial Lending, LLC, en adelante denominado PRESTAMISTA, a iniciar débitos en mi (nuestra) cuenta indicada a continuación y en la institución financiera nombrada a continuación, en adelante denominada INSTITUCIÓN FINANCIERA. Reconozco (reconocemos) que el inicio de transacciones ACH en mi cuenta debe cumplir con las disposiciones de la ley de los EE. UU. Además, acepto (aceptamos) que el monto del pago puede ajustarse ocasionalmente debido a cambios en los montos de los artículos en custodia, la tasa de interés para préstamos con tasa variable o cargos por pagos atrasados. En caso de que se deba emitir un reembolso o crédito a mi favor, también autorizo (autorizamos) que dicho monto sea acreditado a mi (nuestra) cuenta indicada a continuación, en lugar de emitir un cheque u otro tipo de pago.

Los pagos que se intenten pero sean devueltos por fondos insuficientes (NSF) están sujetos a una tarifa NSF según lo determine la(s) ley(es) del estado en el que resida. Esta tarifa será la menor entre la permitida por la ley estatal o \$25.00.

Nombre de la Institución Financiera: _____

Dirección de la Institución Financiera: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de Ruta: _____

Número de Cuenta: _____

Nombre en la Cuenta: _____

Tipo de Cuenta: CUENTA CORRIENTE AHORROS (MARQUE UNA)

INFORMACIÓN DE PAGO

Fecha de Inicio: _____

Día de Pago (indique el día (1° al 31°) para realizar el débito): _____

Monto en Dólares: \$ _____

Aplicar al Número de Cuenta del Préstamo: _____

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que el PRESTAMISTA reciba una notificación por escrito de mi parte para su cancelación o el pago total del saldo pendiente, con el tiempo y forma suficientes para que el PRESTAMISTA y la INSTITUCIÓN FINANCIERA puedan actuar en consecuencia. Esta autorización puede ser cancelada unilateralmente por el PRESTAMISTA en casos de devoluciones excesivas o abuso por parte del miembro.

Nombre del Titular: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Correo Electrónico: _____

***** POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE UN CHEQUE ANULADO A ESTE FORMULARIO ***

Solo para uso interno:

Aporte _____

Verificada _____