



OSNOVNA ŠOLA DUŠANA FLISA HOČE



SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev

Vzpostavitev	
Sprememba	
Ukinitev	

OSNOVNA ŠOLA -

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

S podpisom tega obrazca pooblaščate OSNOVNO ŠOLO DUŠANA FLISA HOČE, da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev za obremenitev vašega plačilnega računa in vašega ponudnika plačilnih storitev, da obremeni vaš plačilni račun v skladu z navodili, ki jih posreduje OSNOVNA ŠOLA DUŠANA FLISA HOČE. Vaše pravice obsegajo tudi pravico do povračila denarnih sredstev s strani vašega ponudnika plačilnih storitev v skladu s splošnimi pogoji vašega ponudnika plačilnih storitev. Povračilo denarnih sredstev je potrebno terjati v roku 8 tednov, ki prične teči od dne, ko je bil obremenjen vaš plačilni račun.

Vaše ime in priimek/naziv _____ Za otroka _____
Ime in priimek plačnika(-ov)/naziv

Vaš naslov _____
Ulica in hišna številka/sedež

Poštna številka _____ Kraj _____

Država _____

Št. vašega pl.računa _____ Odprt pri banki _____
Številka plačilnega računa - IBAN (19 znakov)

Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC) _____

Naziv prejemnika plačila **OSNOVNA ŠOLA DUŠANA FLISA HOČE**
Naziv prejemnika plačila

SI 62ZZZ37423754
Identifikacijska oznaka prejemnika plačila

ŠOLSKA ULICA 10
Ulica in hišna številka/sedež

2311 **HOČE**
Poštna številka Kraj

SLOVENIJA
Država

Vrsta plačila Period. obremenitev ali Enkratna obremenitev

Kraj podpisa soglasja **HOČE** Datum _____
Kraj

Podpis _____

Opomba: vaše pravice v zvezi z zgornjim soglasjem so navedene v splošnih pogojih poslovanja, ki jih lahko dobite pri vašem ponudniku plačilnih storitev.