

SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev

OSNOVNA ŠOLA DOBRAVLJE
DOBRAVLJE 1, 5263 DOBRAVLJE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

S podpisom tega obrazca pooblašate OSNOVNO ŠOLO DOBRAVLJE, da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev za obremenitev vašega plačilnega računa in (B) vašega ponudnika plačilnih storitev, da obremeni vaš plačilni račun v skladu z navodili, ki jih posreduje OSNOVNA ŠOLA DOBRAVLJE. 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. **Prosimo izpolnite samo polja, označena z oranžno barvo.**

Vaše ime in priimek/naziv	<input type="text"/>	1
Vaš naslov	<input type="text"/>	2
	<input type="text"/>	3
	<input type="text"/>	4
Št. vašega pl.računa	<input type="text"/>	5
	<input type="text"/>	6
	<input type="text"/>	7
	<input type="text"/>	9
	<input type="text"/>	10
	<input type="text"/>	11
Vrsta plačila	<input checked="" type="checkbox"/> Period. obremenitev ali <input type="checkbox"/> Enkratna obremenitev	12
Kraj podpisa soglasja	<input type="text"/> Kraj Datum * <input type="text"/>	13
Prosimo podpisite tukaj	<input type="text"/>	

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

Podrobnosti, ki se nanašajo na razmere med prejemnikom plačila in plačnikom - samo v informacijo.

Identifikacijska oznaka plačnika	<input type="text"/>	14
Ime in priimek učenca	<input type="text"/>	15
Razred	<input type="text"/>	16
	<input type="text"/>	17
	<input type="text"/>	18
V skladu s pogodbo	<input type="text"/>	19
	<input type="text"/>	20

Prosimo vrnite: RAČUNOVODSTVO OŠ DOBRAVLJE

Le za uporabo prejemnika plačila