

Vzpostavitev   
Sprememba   
Ukinitev

## SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

S podpisom tega obrazca pooblašate (A) OŠ PRIMOŽA TRUBARJA VEL. LAŠČE, 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 OŠ PRIMOŽA TRUBARJA VEL. LAŠČE. 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 obrazec.

Priimek in ime plačnika\*

Ime in priimek plačnika(-ov)/haziv

Naslov plačnika\*

Ulica in hišna številka/sedež

Poštna številka in kraj

**SLOVENIJA**

Država

Št. vašega pl.računa\*\*

Številka plačilnega računa - IBAN (19 znakov): SI56 \_\_\_\_\_

Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC) : \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

Naziv prejemnika plačila\*\*

**OŠ PRIMOŽA TRUBARJA VEL. LAŠČE**

Naziv prejemnika plačila

SI 21805865

Davčna številka

**ŠOLSKA ULICA 11**

Ulica in hišna številka/sedež

**1315 Velike Lašče**

Poštna številka in kraj

**SLOVENIJA**

Država

Vrsta plačila\*

Period. Obremenitev  ali Enkratna obremenitev

Kraj podpisa soglasja

Kraj

Datum\*

Podpis(-i)

Prosimo podpišite tukaj\*

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

Podatki o otrocih: Priimek in ime otroka \_\_\_\_\_ šifra \_\_\_\_\_

Priimek in ime otroka \_\_\_\_\_ šifra \_\_\_\_\_

Priimek in ime otroka \_\_\_\_\_ šifra \_\_\_\_\_

Združeno plačilo na eni položnici  DA  NE na otroku \_\_\_\_\_

Prosimo vrnite na naslov:

**OŠ PRIMOŽA TRUBARJA VEL. LAŠČE**

**ŠOLSKA ULICA 11**

**1315 Velike Lašče**