

vidVzpostavitev
Sprememba
Ukinitev

SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev

_____ (šifra učenca)
Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

S podpisom tega obrazca pooblaščate (A) OŠ PIRNIČE, 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 PIRNIČE. 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 polja, označena z *.

Ime in priimek učenca _____ Razred: _____

Ime in priimek plačnika _____
Ime in priimek plačnika(-ov)/haziv

Vaš naslov* (plačnika) _____
Ulica in hišna številka/sedež

_____ *Poštna številka in kraj*
SLOVENIJA
Država

Št. vašega pl.računa** Številka TR računa:
SI 56

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

Odprt pri banki: _____

Naziv prejemnika plačila**
OŠ PIRNIČE
Naziv prejemnika plačila
SI21ZZZ52479668
Identifikacijska oznaka prejemnika plačila
Zg. Piričiče 37 b
Ulica in hišna številka/sedež
1215 Medvode
Poštna številka in kraj
SLOVENIJA
Država

Vrsta plačila* Period. Obremenitev ali Enkratna obremenitev

Kraj podpisa soglasja _____ 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.