

OŠ Primoža Trubarja Laško

Trubarjeva ulica 20

3270 Laško

SOGLASJE za direktno obremenitev SEPA

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

Referenčna oznaka – izpolni OŠ Primoža Trubarja Laško

Vzpostavitev _____ Sprememba _____ Ukinitvev _____

S podpisom tega obrazca (A) OŠ Primoža Trubarja Laško, da posreduje navodila v vašem 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 Laško. 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 3 tednov, ki prične teči od dne, ko je bil obremenjen vaš plačilni račun. Prosimo izpolnite polja označena z *.

Ime in ime plačnika * _____

(Priimek in ime plačnika)

Naslov plačnika * _____

(Ulica in hišna številka)

* _____

(Poštna številka in kraj)

(Država)

ZA OTROKA * _____

(Priimek in ime otroka)

Številka plačilnega računa* _____

(npr. SI56 1234 1234 1234 123)

(Številka plačilnega računa IBAN (19znakov))

* _____

(Id. Oznaka banke SWIFT BIC (8znakov) (nap. LJBAS12X, SKBAS12X, KBMAS12X, BACXS122, SBCEISX,...))

Naziv prejemnika plačila OŠ Primoža Trubarja Laško

SI76ZZZ29610249

Trubarjeva ulica 20, 3270 Laško

Vrste plačila *Periodična obremenitev 18. v mesecu

Enkratna obremenitev _____

Kraj, datum podpisa soglasja * _____

Podpis plačnika * _____