

SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev
SEPA Direct Debit Mandate

**OSNOVNA ŠOLA LUDVIKA PLIBERŠKA
MARIBOR**

Sprememba

Ukinitev

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

S podpisom tega obrazca pooblašate (A) **OSNOVNA ŠOLA LUDVIKA PLIBERŠKA MARIBOR, LACKOVA CESTA 4, 2000 MARIBOR**, 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 LUDVIKA PLIBERŠKA MARIBOR, LACKOVA CESTA 4, 2000 MARIBOR**. 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 *.

*By signing this mandate form, you authorise (A) {NAME OF CREDITOR} to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from {NAME OF CREDITOR}. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.*

Vaše ime in priimek/naziv 1
Ime in priimek plačnika(-ov)/naziv

Vaš naslov * 2
Ulica in hišna številka/sedež

* 3
Poštna številka Kraj

* 4
Država

Št. vašega pl.računa * 5
Številka plačilnega računa - IBAN (19 znakov)

* 6
Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC)

Naziv prejemnika plačila O Š L U D V I K A P L I B E R Š K A 7
Naziv prejemnika plačila

** 8
Identifikacijska oznaka prejemnika plačila

** L A C K O V A C E S T A 4 9
Ulica in hišna številka/sedež

** 2 0 0 M A R I B O R 10
Poštna številka Kraj

** S L O V E N I J A 11
Država

Vrsta plačila * Period. obremenitev ali Enkratna obremenitev 12

Kraj podpisa soglasja M A R I B O R Datum * 13
Kraj

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.

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

Identifikacijska oznaka plačnika 14
Vpišite katero koli številčno oznako, za katero želite, da jo navede vaš ponudnik plačilnih storitev

Oseba, v imenu katere se izvrši plačilo 15
Naziv dolžnika: če izvajate plačilo v skladu s pogodbo med (NAZIV PREJEMNIKA PLAČILA) in drugo osebo (npr. kjer plačujete račune drugih oseb), tukaj prosimo vpišite ime in priimek druge osebe. Če plačujete v svojem imenu, pustite prazno.

16
Identifikacijska oznaka dolžnika

17
Naziv upnika: prejemnik plačila mora izpolniti to polje, če izvršuje direktne obremenitve v imenu druge stranke
Name of the Creditor Reference Party: Creditor must complete this section if collecting payment on behalf of another party.

18
Identifikacijska oznaka upnika

V skladu s pogodbo 19
Identifikacijska številka osnovne pogodbe

** 20
Opis pogodbe

Prosimo vrnite:
OŠ LUDVIKA PLIBERŠKA MARIBOR
LACKOVA CESTA 4
2000 MARIBOR

Le za uporabo prejemnika plačila