vidVzpostavitev ☑ **Sprememba ☐** **Ukinitev ☐**	**SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev** _____(šifra učenca) Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

S podpisom tega obrazca pooblaščate (A) OŠ PRESKA , 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 PRESKA . 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)/naziv

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 PRESKA
Naziv prejemnika plačila

SI19ZZZ34416170
Identifikacijska oznaka prejemnika plačila
Preška cesta 22
Ulica in hišna številka/sedež
1215 Medvode
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.