SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev

SEPA Direct Debit Mandate

Sprememba *Amendment*	
Ukinitev *Cancellation*	

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

Mandate reference – to be completed by the creditor

OSNOVNA ŠOLA DANILA LOKARJA AJDOVŠČINA

S podpisom tega obrazca pooblaščate (A) **OŠ DANILA LOKARJA AJDOVŠČINA**, 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 DANILA LOKARJA AJDOVŠČINA**. 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.

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.

Vaše ime in priimek
Your name

Ime in priimek plačnika(-ov)/naziv
Name of the debtor(s)

Vaš naslov
Your address

Ulica in hišna številka/sedež
Street name and number

Poštna številka
Postal code

Kraj
City

Država
Country

Št. vašega pl.računa
Your account number

S I 5 6

Številka plačilnega računa - IBAN (19 znakov)
Account number - IBAN (19 characters)

Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC)
SWIFT BIC

Ime in priimek otroka
Name of your child

Razred in oddelek
Class

Ime in priimek otroka
Name of your child

Razred in oddelek
Class

Ime in priimek otroka
Name of your child

Razred in oddelek
Class

Ime in priimek otroka
Name of your child

Razred in oddelek
Class

Ime in priimek otroka
Name of your child

Razred in oddelek
Class

Ime in priimek otroka
Name of your child

Razred in oddelek
Class

Naziv prejemnika plačila
Creditor's name

OSNOVNA ŠOLA DANILA LOKARJA AJDOVŠČINA

Naziv prejemnika plačila
Creditor name

S I 5 3 Z Z Z 4 2 1 4 0 1 5 3

Identifikacijska oznaka prejemnika plačila
Creditor Identifier

CESTA 5. MAJA 15

Ulica in hišna številka/sedež
Street name and number

5270 AJDOVŠČINA

Poštna številka
Postal code

Kraj
City

SLOVENIJA

Država
Country

Vrsta plačila
Type of payment

Period. obremenitev [X] ali Enkratna obremenitev [ ]
Recurrent payment or One-off payment

Kraj podpisa soglasja
City or town in which you are signing

AJDOVŠČINA

Kraj
Location

Datum *
Date

Podpis(-i)
Signatures

Prosimo podpišite tukaj
Please sign here

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

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Prosimo, da izpolnjen obrazec pošljete oz. prinesete v računovodstvo OŠ Danila Lokarja Ajdovščina.
Pošljete ga lahko tudi po e-pošti na racunovodstvo@os-ajdovscina.si ali pa ga vaš otrok odda svojemu razredniku.