| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

ZAVOD SV. FRANČIŠKA SALEŠKEGA

# SOGLASJE ZA DIREKTNO OBREMENITEV SEPA

USTREZNO OZNAČI

☑ Sklenitev ☐ Sprememba ☐ Ukinitev

## PODATKI O PLAČNIKU:

*obvezni podatki

Ime in priimek*: _____

Ulica in hišna številka*: _____

Poštna številka in kraj*: ☐☐☐☐ _____

Telefonska številka: _____

Elektronski naslov: _____

Št. osebnega računa*: SI56 ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Oznaka banke (SWIFT/BIC): _____

Naziv banke: _____

Vrsta plačila: Periodična obremenitev

Oseba, v imenu katere se izvrši plačilo: _____

## PODATKI O PREJEMNIKU PLAČILA

Naziv prejemnika: Zavod sv. Frančiška Saleškega

Naslov: Želimlje 46

Poštna številka in kraj: 1291 Škofljica

IBAN: SI56 1010 0005 7522 741

---

Vaše pravice v zvezi z zgornjim soglasjem so navedene v splošnih pogojih poslovanja, ki jih lahko dobite pri vašem ponudniku plačilnih storitev.
Privolitev velja do preklica in jo lahko pisno prekličete kadarkoli. Vaše pravice obsegajo tudi pravico do povračila denarnih sredstev s strani vašega ponudnika plačilnih storitev v skladu s splošnimi pogoji 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.
Vaš plačilni račun bo obremenjen na 28. dan v mesecu oz. prvi naslednji bančni delovni dan. Obvestilo o predvideni direktni obremenitvi boste prejeli z rednim računom za storitve.

### IZJAVA PODPISNIKA

S podpisom tega obrazca pooblaščam prejemnika plačila, da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev (banki) za obremenitev plačilnega računa v skladu z navodili, kijih posreduje prejemnik plačila, hkrati s svojim podpisom jamčim za resničnost in pravilnost navedenih podatkov. Obvezujem se, da bom za vsak znesek direktne obremenitve zagotovil zadostno kritje na plačilnem računu. V primeru neizvedene obremenitve se obvezujem račun poravnati sam.
S podpisom tega dokumenta soglašam in dovoljujem, da se navedeni osebni podatki uporabljajo v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, hrani in obdeluje prejemnik plačil, samo za ta namen.

Kraj in datum: _____ Podpis: _____ OBVEZNO

---

Prosimo, da izpolnjeno in podpisano soglasje pošljete na naslov:
Zavod sv. Frančiška Saleškega, Želimlje 46, 1291 Škofljica oz. na e-naslov racunovodstvo@zelimlje.si.