Sprememba	X
Ukinitev	

SOGLASJE za direktno obremenitev SEPA

22332570-

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

OBČINA KOMENDA

S podpisom tega obrazca pooblaščate (A) {NAZIV PREJEMNIKA PLAČILA}, 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 {NAZIV PREJEMNIKA PLAČILA}. 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 *.

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

Vaš naslov *
Ulica in hišna številka/sedež 2

*
Poštna številka Kraj 3

*
Država 4

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

*
Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC) 6

Naziv prejemnika plačila **
O B Č I N A K O M E N D A
Naziv prejemnika plačila 7

**
S I 0 0 2 2 3 3 2 5 7 0
Identifikacijska oznaka prejemnika plačila 8

**
Z A J Č E V A C E S T A 2 3
Ulica in hišna številka/sedež 9

**
1 2 1 8 K O M E N D A
Poštna številka Kraj 10

**
S L O V E N I J A
Država 11

Vrsta plačila * Period. obremenitev [X] ali Enkratna obremenitev [ ] 12

Kraj podpisa soglasja
K O M E N D A
Kraj 13

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.