

Pišite ČITLJIVO in z velikimi TISKANIMI ČRKAMI!

## SOGLASJE za SEPA (SDD) direktno obremenitev

OŠ IG, Troštova 24

Referenčna oznaka soglasja - izpolni OŠ G

CREDITOR'S NAME & LOGO

ustrezno polje označite s križcem X

S podpisom tega obrazca pooblaščate OŠ IG, da posreduje navodila vaši banki za obremenitev vašega plačilnega računa. Ugovor na bremenitev računa lahko vložite pri svoji banki v skladu njihovimi splošnimi pogoji, v roku 8 tednov od bremenitve.

Prosimo, OBVEZNO izpolnite polja označena z \*

**OSNOVNI** Vaše Ime in priimek \*  1

**PODATKI** *Debtor's name*

**PLAČNIKA** Vaš naslov-ulica in hiš.štev.\*  2

Poštna številka\*  Kraj\*  3

Država \*  4

Številka vašega banč.računa\* - IBAN                      5

Številka bančnega računa - IBAN (19 znakov)- npr. si56 1234 1234 1234 123

Bančna identifik.koda\* - BIC         6

Oznaka banke SWIFT BIC (8 znakov) - npr. LJBAS12X, SKBAS12X, KBMAS12X

Naziv prejemnika plačila **OSNOVNA ŠOLA IG** 7

**PODATKI**

**PREJEMNIKA** Davčna številka                      8

**PLAČILA**

Ulica in hišna številka **TROŠTOVA ULICA 24** 9

Poštna številka       Kraj   #

Država **SLOVENIJA** #

**DRUGI**

**PODATKI**

Vrsta plačila Periodična obremenitev  ali Enkratna obremenitev  12  
*18. dan v mesecu*

Kraj podpisa soglasja Kraj  Datum  #  
*Date*

Prosimo, podpišite tukaj Podpis

Opomba: Prosimo, da podpisano soglasje, fotokopijo bančne kartice s **priporočeno pošto** pošljete na naš naslov: **OŠ IG, Troštova ulica 24, 1292 Ig**

Le za uporabo prejemnika plačila.

**PODATKI O**

**OTROCIH**

Priimek in ime otroka  Šifra  #

Priimek in ime otroka  Šifra  #

Priimek in ime otroka  Šifra  #

Priimek in ime otroka  Šifra  #

Priimek in ime otroka  Šifra  #

Združeno plačilo  19