

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