

		SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev SEPA Direct Debit Mandate Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila Mandate reference – to be completed by the creditor										NAZIV IN LOGOTIP PREJEMNIKA PLAČILA CREDITOR'S NAME & LOGO			
Sprememba															
Amendment															
Ukinitev															
Cancellation															

S podpisom tega obrazca pooblaščate prejemnika plačila, 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.

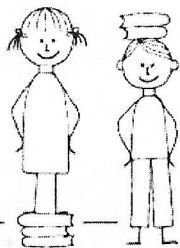
By signing this mandate form, you authorise creditor to send instructions to your bank to debit your account. . As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank which must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

OSNOVNI PODATKI PLAČNIKA DEBTOR'S DATA	Ime in priimek plačnika											1	
	Ulica in hišna številka											2	
	Poštna številka		Kraj							3			
	Država											4	
	Številka bančnega računa - IBAN	S I 5 6										5	
	Bančna identifikacijska koda - BIC		S I									6	
OSNOVNI PODATKI PREJEMNIKA PLAČILA CREDITOR'S DATA	Naziv prejemnika plačila	O S N O V N A Š O L A Š E N T V I D										7	
	Davčna številka	S I	5 1 7 1 9 0 7 0									8	
	Ulica in hišna številka	P R U Š N I K O V A U L I C A 9 8										9	
	Poštna številka	1 2 1 0	Kraj	L J U B L J A N A						10			
	Država	S L O V E N I J A										11	
	Vrsta plačila	Periodična obremenitev	V	ali	Enkratna obremenitev							12	
DRUGI PODATKI OTHER DATA	Kraj podpisa soglasja	Kraj							Datum			13	
	Prosimo, podpišite tukaj	Podpis											

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

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

PODATKI O OTROCIH CHILDREN'S DATA	Ime in priimek otroka											Šifra		14
	Ime in priimek otroka											Šifra		15
	Ime in priimek otroka											Šifra		16
	Ime in priimek otroka											Šifra		17
	Ime in priimek otroka											Šifra		18
	Združeno plačilo												19	



Osnovna šola
Šentvid
Prušnikova 98, 1210 Lj. Šentvid
tel 01 500 03 20
fax 01 500 03 29
www.ossentvid.si

IZJAVA ZA PREJEMANJE E-RAČUNA PO ELEKTRONSKI POŠTI

Spodaj podpisani/a _____, stanujoč/a
(ime in priimek plačnika)

(naslov plačnika – ulica, poštna številka in kraj)

DAVČNA ŠTEVILKA: _____

izjavljam, da želim prejemati e-račun za otroka/e:

• _____, rojenega _____
(ime in priimek otroka) (datum rojstva otroka)

• _____, rojenega _____
(ime in priimek otroka) (datum rojstva otroka)

• _____, rojenega _____
(ime in priimek otroka) (datum rojstva otroka)

po elektronski pošti na elektronski naslov

(vaš elektronski naslov)

Obvezujem se, da bom spremembo elektronskega naslova in ostale informacije, pomembne za izdajo e- računa, sporočil/a računovodstvu šole.

V _____, dne _____ Podpis plačnika: _____

(OŠ Šentvid na podlagi posredovanih podatkov uredi povezavo preko UJP. Plačnik na elektronski naslov prejme sporočilo, ki ga mora potrditi, da se vzpostavi pot za prejemanje računov po elektronski pošti.)

Izpolni šola

Vloga je odobrena dne: _____ Podpis: _____

Ustanoviteljica



Mestna občina
Ljubljana

