OTVORITEV	X
Sprememba *Amendment*	
Ukinitev *Cancellation*	

SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev
SEPA Direct Debit Mandate

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila
Mandate reference – to be completed by the creditor

Srednja šola Veno Pilon Ajdovščina

S podpisom tega obrazca pooblaščate (A) Srednjo šolo Veno Pilon Ajdovščina, 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 Srednja šola Veno Pilon Ajdovščina. Vaše pravoce 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 *.

*By signing this mandate form, you authorise (A) Srednja šola Veno Pilon Ajdovščina to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from Srednja šola Veno Pilon Ajdovščina. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.*

Vaše ime in priimek/naziv
Your name

Ime in priimek plačnika(-ov)/naziv (Name of the debtor(s)) 1

Vaš naslov
Your address

* Ulica in hišna številka/sedež (Street name and number) 2

* Poštna številka (Postal code) | Kraj (City) 3

* Država (Country) 4

Št. vašega pl.računa
Your account number

* S I 5 6 5

Številka plačilnega računa - IBAN (Account number - IBAN) (19 znakov/19characters)

* 6

Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC)

Naziv prejemnika plačila
Creditor's name

SREDNJA ŠOLA VENO PILON AJDOVŠČINA 7

Naziv prejemnika plačila (Creditor name)

** S I 4 7 Z Z Z 1 3 9 9 7 3 6 0 8

Identifikacijska oznaka prejemnika plačila (Creditor Identifier)

** CESTA 5.MAJA 12 9

Ulica in hišna številka/sedež (Street name and number)
Street name and number

** 5270 | AJDOVŠČINA 10

Poštna številka (Postal code) | Kraj (City)

** SLOVENIJA 11

Država (Country)

Vrsta plačila
Type of payment

* Period. obremenitev *Recurrent payment* [X] ali *or* Enkratna obremenitev *One-off payment* [ ] 12

Kraj podpisa soglasja
City or town in which you are signing

Kraj (Location)

Datum *
Date 13

Podpis(-i)
Signatures

Prosimo podpišite tukaj
Please sign here

Oseba, v imenu katere se izvrši plačilo - ime in priimek otroka ter razred
OBVEZNO IZPOLNITI !!!

→ 15

Opomba: vaše pravice v zvezi z zgornjim soglasjem so navedene v splošnih pogojih poslovanja, ki jih lahko dobite pri vašem ponudniku plačilnih storitev.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.