

vidVzpostavitev   
Sprememba   
Ukinitev

## SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev

\_\_\_\_\_ (šifra učenca)  
Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

S podpisom tega obrazca pooblaščate (A) OŠ PIRNIČE, 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 OŠ PIRNIČE. 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 \*.

Ime in priimek učenca \_\_\_\_\_ Razred: \_\_\_\_\_

Ime in priimek plačnika \_\_\_\_\_  
*Ime in priimek plačnika (-ov)/haziv*

Vaš naslov\* (plačnika) \_\_\_\_\_  
*Ulica in hišna številka/sedež*

\_\_\_\_\_  
*Poštna številka in kraj*  
**SLOVENIJA**  
*Država*

Št. vašega pl.računa\*\* Številka TR računa:  
**SI 56**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Odprt pri banki: \_\_\_\_\_

Naziv prejemnika plačila\*\*  
**OŠ PIRNIČE**  
*Naziv prejemnika plačila*  
**SI21ZZZ52479668**  
*Identifikacijska oznaka prejemnika plačila*  
**Zg. Piričiče 37 b**  
*Ulica in hišna številka/sedež*  
**1215 Medvode**  
*Poštna številka in kraj*  
**SLOVENIJA**  
*Država*

Vrsta plačila\* Period. Obremenitev  ali Enkratna obremenitev

Kraj podpisa soglasja \_\_\_\_\_ 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.