SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev

Številka soglasja_____(izpolni Dom upokojencev Kranj)

Ime in priimek:_____

Davčna številka: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Naslov:_____

Poštna številka:_____Kraj:_____

Številka vašega računa:

S	I	5	6															

POOBLAŠČA UPNIKA, da bremeni vaš račun za redno periodično mesečno obveznost vsakega 10. v mesecu in jo nakaže:

Naziv prejemnika plačila: DOM UPOKOJENCEV KRANJ

Naslov: Cesta 1. maja 59, 4000 Kranj

Številka prejemnikovega računa:

S	I	5	6	0	1	1	0	0	6	0	3	0	2	6	6	1	5	7

V primeru, da ne plačujete v svojem imenu, navedite podatke osebe za katero plačujete:

Ime in priiimek:_____

Naslov:_____

S podpisom tega obrazca pooblaščate Dom upokojencev Kranj, da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev za obremenitev vašega računa in vašega ponudnika plačilnih storitev, da obremeni vaš račun. 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 je potrebno terjati v roku 8 tednov, ki prične teči od dne, ko je bil obremenjen vaš plačilni račun.

Kraj podpisa soglasja:_____ Datum:_____

Podpis:_____

Soglasje prevzeto v Domu upokojencev Kranj:

Datum prevzema:_____ Žig: Prevzel:_____