SOGLASJE ZA SEPA direktno obremenitev

S podpisom tega obrazca pooblaščate OSNOVNO ŠOLO VIDEM, da posredujenavodila vašemu ponudniku plačilnih storitev za obremenitev vašega plačilnega računa.

Prosimo izpolnite polja, označena: z\*

\*Ime in priimek (OTROK-a):……………………………………………..

\*Ime in priimek (STARŠ-a):……………………………………………….

\*Naslov:……………………………………………………………………..…….

Pošta:…………………………………………………………………………..…..

Država:………………………………………………………………………..……

Naziv banke:………………………………………………………………….….

\*Št. vašega TRR, številka transakcijskega računa (19 znakov):

………………………………………………………………………………..…………

Identifikacijska oznaka banke SWIFT BIC:

Naziv prejemnika plačila: OSNOVNA ŠOLA VIDEM,

Ulica in hišna številka/sedež: VIDEM PRI PTUJU 47,

Poštna številka in kraj: 2284 VIDEM PRI PTUJU

Identifikacijska oznaka prejemnika plačila: 01335 - 6030686195

Vrsta plačila: PERIODNA OBREMENITEV

Kraj podpisa soglasja: VIDEM PRI PTUJU Datum:

Podpis:

Priloga: *kopija transakcijskega računa*