Ime in priimek dijaka za katerega se izdaja soglasje :

_____

Sprememba *Amendment*		**SOGLASJE za direktno obremenitev SEPA** *SEPA Direct Debit Mandate*
Ukinitev *Cancellation*		Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila *Mandate reference – to be completed by the creditor*

ŠKOFIJSKA GIMNAZIJA VIPAVA

S podpisom tega obrazca pooblaščate (A) ŠKOFIJSKO GIMNAZIJO VIPAVA, 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 ŠKOFIJSKA GIMNAZIJA VIPAVA. 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 *.

*By signing this mandate form, you authorise (A) {NAME OF CREDITOR} to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from {NAME OF CREDITOR}. 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* *

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

Vaš naslov *Your address* *

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

* 3 Poštna številka *Postal code* Kraj *City*

* 4 Država *Country*

Št. vašega pl.računa *Your account number* *

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

* 6 Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC) *SWIFT BIC* -OBVEZNO IZPOLNITI !!

Naziv prejemnika plačila *Creditor's name*

7 Naziv prejemnika plačila *Creditor name*: ŠKOFIJSKA GIMN. VIPAVA

** 8 Identifikacijska oznaka prejemnika plačila *Creditor Identifier*: SI98ZZZ42192790

** 9 Ulica in hišna številka/sedež *Street name and number*: GORIŠKA CESTA 29

** 10 Poštna številka *Postal code* Kraj *City*: 5271 VIPAVA

** 11 Država *Country*: SLOVENIJA

Vrsta plačila *Type of payment*

12 * Period. obremenitev *Recurrent payment* ☐ ali *or* Enkratna obremenitev *One-off payment* ☐

Kraj podpisa soglasja *City or town in which you are signing*

13 Kraj *Location* Datum * *Date* D D M M L L

Podpis(-i) *Signatures*

Prosimo podpišite tukaj *Please sign here* *

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.

V primeru, da želite račune prejemati na elektronski naslov ga napišite tukaj:

_____