

Soglasje za SEPA direktno obremenitev

S podpisom tega soglasja pooblašчам:

Socialno varstveni zavod VITADOM, Središka ulica 21, 1000 Ljubljana

da moji banki posreduje navodila za plačilo spodaj navedenih obveznosti v breme mojega osebnega računa in da si VITADOM in banka izmenjujeta podatke, potrebne za izvajanje direktnih obremenitev.

Seznanjen/a sem s pravico do povračila denarnih sredstev s strani svoje banke v skladu s splošnimi pogoji le-te. Seznanjen/a sem z zahtevo, da je povračilo denarnih sredstev potrebno terjati v roku 8 tednov, ko je bil obremenjen moj osebni račun.

IME IN PRIIMEK: _____

NASLOV: _____

Ulica in hišna številka

Poštna številka in kraj

ŠTEVILKA PLAČILNEGA RAČUNA:

SI56

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

odprtega pri: _____

Naziv banke

NAZIV PREJEMNIKA PLAČILA: SOCIALNO VARSTVENI ZAVOD VITADOM

NASLOV: SREDIŠKA ULICA 21, 1000 LJUBLJANA

SI56

0	4	7	5
---	---	---	---

2	0	0	0
---	---	---	---

0	3	1	2
---	---	---	---

1	9	6
---	---	---

Obveznosti, ki jih želim plačevati preko direktne obremenitve: PLAČILO DOMSKE OSKRBE

Zgoraj navedene obveznosti plačujem v imenu:

(Navedite ime in priimek stanovalca Doma, v kolikor plačujete za koga drugega)

S podpisom tega pooblastila, pooblašчам VITADOM, da obremeni navedeni plačilni račun z zneskom iz položnice.

Zavezujem se, da bom na dan obremenitve (**10. dan v mescu**) na osebem računu zagotovil sredstva za poravnavo zgoraj navedene obveznosti. V nasprotnem primeru se zavezujem, da bom obveznosti poravnal sam iz drugih virov in o tem nemudoma obvestil zavod.

Podpis: _____

Kraj in datum podpisa: _____