Vitadom
Več od starosti

Soglasje za SEPA direktno obremenitev

S podpisom tega soglasja pooblaščam:

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 potrebo 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, pooblaščam VITADOM, da obremeni navedeni plačilni račun z zneskom iz položnice.

Zavezujem se, da bom na dan obremenitve (**10. dan v mescu**) na osebnem 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: _____

Vitadom Dom starejših Škofljica

Izpolnjeno soglasje pošljite na:
DOM STAREJŠIH ŠKOFLJICA, OB POTOKU 11, 1291 ŠKOFLJICA
ali na **info-skofljica@vitadom.si**.