



## **SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev (za plačilo šolske prehrane)**

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila: \_\_\_\_\_

Vzpostavitev	
Sprememba	
Ukinitev	

S podpisom tega obrazca pooblašate (A) **Srednja zdravstvena in kozmetična šola Celje** (prejemnik plačila), 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 Srednja zdravstvena in kozmetična šola Celje. 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. Obremenitev vašega plačilnega računa bo izvedena 18. v mesecu. Prosimo izpolnite polja, označena z \*.

**Vaše ime in priimek (starši, skrbniki) \*** \_\_\_\_\_

**Vaš naslov\*** \_\_\_\_\_

**Ime in priimek dijaka; razred in oddelek** \_\_\_\_\_

**Št. vašega plačilnega računa-IBAN\* SI56** \_\_\_\_\_

**Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC)** \_\_\_\_\_

Naziv prejemnika plačila: **SREDNJA ZDRAVSTVENA IN KOZMETIČNA ŠOLA CELJE  
Ipavčeva ulica 10, 3000 Celje, Slovenija**

Vrsta plačila\*      Period. obremenitev:      **X**      ali      Enkratna obremenitev: -

**Kraj podpisa soglasja:** \_\_\_\_\_

**Datum\*** \_\_\_\_\_

**Podpis\*** \_\_\_\_\_

Če želite prejemati račun za šolsko prehrano po e-pošti, vas prosimo, da izpolnite Soglasje za pošiljanje računov na e-pošto.

V primeru spremembe naslova nam takoj javite spremembo.

Opomba: vaše pravice v zvezi z zgornjim soglasjem so navedene v splošnih pogojih poslovanja, ki jih lahko dobite pri vašem ponudniku plačilnih storitev.