

## SOGLASJE za direktno obremenitev SEPA

osnovna shema SEPA

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

Izpolni plačnik. Polja označena z \* so obvezna.

Ime in priimek/naziv plačnika

\*

Naslov plačnika

\*

Ime in priimek plačnika(-ov)/naziv

\*

Ulica in hišna številka/sedež

\*

Poštna številka Kraj

Identifikacijska oznaka plačnika

Država

Številka plačilnega računa  
plačnika, ki bo bremenjen

\*

Vpišite šifro plačnika - navedena je na vašem računu

Vpišite šifro odjemnega mesta - navedena je na vašem računu

\*

Številka plačilnega računa - IBAN (19 znakov)

Telefonska številka:

Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC)

Telefonska številka ni obvezen podatek, in ga bo prejemnik plačila uporabljal izključno za namene obveščanja

Vrsta plačila

\*  Periodična obremenitev 18. v mesecu  Sprememba  Ukinitve

Razlog/vzrok spremembe:

Podatek obvezem samo pri spremembah

### Izpolnite samo v primeru, ko plačujete račun za drugo osebo

Oseba, v imenu katere  
se vrši plačilo

\*

Naziv dolžnika: če izvajate plačilo v skladu s pogodbo med Simbio, d.o.o. in drugo osebo (npr. kjer plačujete račune drugih oseb), tukaj prosimo vpišite ime in priimek druge osebe. Če plačujete v svojem imenu, pustite prazno.

Identifikacijska oznaka dolžnika

Vpišite šifro uporabnika, v imenu katerega plačujete - navedena je na vašem računu

Izpolni prejemnik plačila.

Naziv prejemnika plačila

**SIMBIO, d.o.o.**

Naziv prejemnika plačila

S I 3 2 Z Z Z 5 4 1 2 3 1 3 5

Naslov plačnika

**Teharska cesta 49**

Ulica in hišna številka/sedež

**3000**  **CELJE**

Poštna številka Kraj

**SLOVENIJA**

Država

S podpisom tega obrazca pooblašate (A) Simbio, d.o.o., 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 Simbio, d.o.o.. 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.

Izpolni plačnik. Polja označena z \* so obvezna.

Kraj podpisa soglasja

\*

Kraj

Datum \*

**Podpis(-i)**

Prosimo podpišite tukaj

\*

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