

## Ukinitve SOGLASJA 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																	
Številka plačilnega računa plačnika, ki bo bremenjen	*	Vpišite šifro plačnika - navedena je na vašem računu															
	*	Vpišite šifro odjemnega mesta - navedena je na vašem računu															
Telefonska številka:		Številka plačilnega računa - IBAN (19 znakov)															
	*	Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC)															
Vrsta plačila	*	<input type="checkbox"/> Periodična obremenitev 18. v mesecu <input type="checkbox"/> Sprememba <input checked="" type="checkbox"/> 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	*																
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.															
Naslov plačnika	Teharska cesta 49															
	3000								CELJE							
	SLOVENIJA															

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	*	CELJE								Datum *							
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.