

# POOBLASTILO ZA DIREKTNO OBREMNITEV

## SOGLASJE za direktno obremenitev SEPA SEPA Direct Debit Mandate



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila  
*Mandate reference – to be completed by the creditor*

S podpisom tega obrazca pooblaščate (A)Kommunio 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 Kommunio 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. Prosimo izpolnite polja, označena z \*.

Vaše ime in priimek/naziv \*   
*Your name*

Ime in priimek plačnika(-ov)/naziv  
*Name of the debtor(s)*

Vaš naslov \*   
*Your address*

Street name and number

Poštna številka  Kraj   
*Postal code, City*

Država   
*Country*

Št. vašega TRR: \* SI56   
*Your account number*

Številka plačilnega računa - IBAN (19 znakov)  
*Account number - IBAN (19 characters)*

\*    
Številka osebnega dokumenta (osebna izkaznica ali potni list) Datum osebnega dokumenta

Naziv prejemnika plačila **Kommunio d.o.o.**  
*Creditor's name*

Naziv prejemnika plačila  
*Creditor name*

Identifikacijska oznaka prejemnika plačila

Št. TRR: SI56   
*Your account number*

Številka transakcijskega računa upnika (19 znakov)  
*Account number - IBAN (19 characters)*

Vodnikova cesta 79  
*Ulica in hišna številka/sedež*  
*Street name and number*

1000 Ljubljana Slovenija  
*Poštna številka Kraj Država*  
*Postal code, City Country*

ustrezno obkrožite

|                            |                          |                          |  |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Namen otvoritve / ukinitve | označi                   | označi                   |  |
|                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

Vrsta plačila \*  Periodična obremenitev  Enkratna obremenitev  
*Type of payment Recurrent payment or One-off payment*

Kraj podpisa soglasja \* MARIBOR    
*City or town in which you are signing Kraj Datum*  
*Location*

Podpis(-i)  
*Signatures*

Prosimo podpišite tukaj \*   
*Please sign here*

Telefonska številka:

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

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.