☐ **VZPOSTAVITEV** ☐ **UKINITEV**

(s ✕ označite eno izmed ponujenih možnosti)

SOGLASJE za direktno obremenitev SEPA

Referenčna oznaka – Izpolni PUBLIKUS D.O.O.

S podpisom tega obrazca pooblaščate PUBLIKUS d.o.o., da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev za obremenitev vašega plačilnega računa in vašega ponudnika plačilnih storitev, da obremeni vaš plačilni račun v skladu z navodili, ki jih posreduje PUBLIKUS 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 Vas, da obvezno izpolnite postavke označene z *

PODATKI O **UPORABNIKU STORITEV**

* **Ime in priimek:** _____

* **Naslov:** _____

* **Poštna številka in kraj:** _____

EMŠO: _____

Telefon: _____

Elektronska pošta: _____

* **Številka plačilnega računa:**
IBAN (19 znakov)

SI56 _____

* **Id. oznaka banke** (*npr. LJBASI2X*)**:**
SWIFT BIC (8 znakov) _____

* **Šifra odjemnega mesta (OM):**
(šifra je zapisana na položnici) _____

* **Šifra plačnika (ŠP):**
(šifra je zapisana na položnici) _____

PODATKI O **PLAČNIKU STORITEV**
(izpolnite le v primeru, če uporabnik storitev ni plačnik storitev)

* **Ime in priimek:** _____

* **Naslov:** _____

* **Poštna številka in kraj:** _____

EMŠO: _____

Telefon: _____

Elektronska pošta: _____

* **Številka plačilnega računa:**
IBAN (19 znakov)

SI56 _____

* **Id. oznaka banke** (*npr. LJBASI2X*)**:**
SWIFT BIC (8 znakov) _____

Naziv prejemnika plačila: PUBLIKUS D.O.O.
Identifikacijska oznaka prejemnika plačila: SI11ZZZ12464341
Ulica in hišna številka / sedež: Vodovodna cesta 97
Poštna številka in kraj: 1000 Ljubljana

SOGLASJE NAM LAHKO VRNETE

- *po pošti:* Vodovodna cesta 97, 1000 Ljubljana
- *po e-pošti:* doroteja.verlak@publikus.si
- *po faksu:* 01 / 561 16 67

VRSTA PLAČILA: Periodična obremenitev – z vašo banko uredimo odtegljaj stroškov **18.** v mesecu.

KRAJ IN DATUM PODPISA SOGLASJA: _____

PODPIS UPORABNIKA STORITEV: _____

PODPIS PLAČNIKA STORITEV: _____

(podpišite, če uporabnik storitev ni plačnik storitev)

S podpisom tega Soglasja jamčim za resničnost in pravilnost zgoraj navedenih podatkov in se zavezujem zagotoviti kritje na računu za znesek direktne obremenitve. V primeru neizvedenega plačila bo prejemnik plačila večkrat pošiljal zahtevke za bremenitev računa na unovčenje mojemu ponudniku plačilnih storitev oziroma do plačila računa, pri čemer bom sam nosil stroške tovrstnih zahtev.