**SPEKTER d.o.o.**

**Trg revolucije 7**

**1420 TRBOVLJE Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SOGLASJE za direktno obremenitev SEPA**

SOG \_\_\_\_\_\_ PAR \_\_\_\_\_\_

S podpisom tega obrazca pooblaščate (A) SPEKTER d.o.o. Trbovlje, da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev za obremenitev vašega plačilnega računa in (B) ponudnika plačilnih storitev, da obremeni vaš plačilni račun v skladu z navodili, ki jih posreduje SPEKTER d.o.o. Trbovlje. 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\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vaš naslov, ulica\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pošta \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Država SLO

Številka vašega TRR\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIC koda banke\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naziv prejemnika plačila SPEKTER d.o.o.

 Trg revolucije 7

 1420 TRBOVLJE

 SLOVENIJA

Vrsta plačila\* Period. obremenitev: zadnji delovni dan v mesecu

Kraj podpisa soglasja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum podpisa soglasja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.