

SPEKTER d.o.o.
Trg revolucije 7

1420 TRBOVLJE

Datum: _____

SOGLASJE za direktno obremenitev SEPA

SOG _____ PAR _____

S podpisom tega obrazca pooblašate (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.