

**SOGLASJE za direktno obremenitev SEPA -**

**-84014598**

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

Mandate reference – to be completed by the creditor

**AGJ d.o.o. Lenart**

S podpisom tega obrazca pooblaščate (A) {NAZIV PREJEMNIKA PLAČILA}, 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 {NAZIV PREJEMNIKA PLAČILA}. 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 \*.

By signing this mandate form, you authorise (A) {NAME OF CREDITOR} to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from {NAME OF CREDITOR}. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked \*.

Vaše ime in priimek/naziv \*  1

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

Vaš naslov \*  2

Your address  
Ulica in hišna številka/sedež  
Street name and number

\*  3

Poštna številka Kraj  
Postal code City

\*  4

Država  
Country

Št. vašega pl.računa \* **SI56**  5

Your account number  
Account number - IBAN (19 znakov)  
(19 characters)

\*  6

Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC)  
SWIFT BIC

Naziv prejemnika plačila **AGJ d.o.o.**  7

Creditor's name  
Naziv prejemnika plačila  
Creditor name

\*\* **SI97ZZZ84014598**  8

Identifikacijska oznaka prejemnika plačila  
Creditor Identifier

\*\* **Pot na Kamenšak 17**  9

Ulica in hišna številka/sedež  
Street name and number

\*\* **2230**  **LENART**  10

Poštna številka Kraj  
Postal code City

\*\* **SLOVENIJA**  11

Država  
Country

Vrsta plačila \*  **X** ali  **Enkratna obremenitev**  12

Type of payment  
Recurrent payment or One-off payment

Kraj podpisa soglasja **LENART**  Datum \*  13

City or town in which you are signing  
Kraj  
Location

**Podpis(-i)**  
Signatures

Prosimo podpišite tukaj \*   
Please sign here

podpis stranke

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.

