SPARKASSE Pay

SOGLASJE ZA DIREKTNO OBREMENITEV

Sprememba: ☐

Ukinitev: ☐

Direktna obremenitev SEPA

Referenčna oznaka – izpolni prejemnik plačila

*Vaše ime in priimek/naziv:

Ime in priimek plačnika/plačnikov – naziv

*Davčna številka:

*Vaš naslov:

Ulica in hišna številka/sedež

Poštna številka | Kraj | Država

*Številka vašega TRR:

Številka transakcijskega računa (19 znakov)

Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC)

Dokazilo o imetništvu transakcijskega računa (če ste fizična oseba, izberite in označite eno od oken).
Dovolim, da Sparkasse Pay sam preveri.

☐ *Strinjam se, da Sparkasse Pay d.o.o. na podlagi moje davčne številke ter imena in priimka preveri imetništvo mojega zgoraj navedenega transakcijskega računa v Registru transakcijskih računov fizičnih oseb vodenem pri AJPES. Razumem, da vpogled v Register transakcijskih računov ne pomeni dostopa do podatkov o transakcijah na posameznem transakcijskem računu. Razumem in se strinjam, da se Sparkasse Pay d.o.o. z vpogledom v Register transakcijskih računov neizogibno seznani z vsemi mojimi transakcijskimi računi. Seznanjen sem, da lahko to privolitev kadarkoli prekličem, a da preklic ne vpliva na zakonitost obdelave mojih osebnih podatkov do preklica.*

Ali

☐ *Strinjam se s tem, da moram temu soglasju predložiti ustrezna dokazila (bančni izpisek, posnetek bančne kartice in podobna dokazila), da lahko Sparkasse Pay d.o.o. preveri imetništvo mojega zgoraj navedenega transakcijskega računa.*

Podjetje: **Sparkasse Pay d.o.o.**

Naziv podjetja

Vaš Creditor ID: **SI85ZZZ39435423**

Identifikacijska oznaka prejemnika plačil

SI 56 3400 0101 6712 460 Sparkasse d.d.

Številka transakcijskega računa upnika

Ameriška ulica 2

Ulica in hišna številka/sedež

1000 | **Ljubljana** | **Slovenija**

Poštna številka | Kraj | Država

*Vrsta plačila: ☐ Periodična obremenitev **ali** ☐ Enkratna obremenitev

Kraj podpisa: _____ Datum: _____

***Prosimo podpišite tukaj:** **Podpis:**

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

*S podpisom tega obrazca pooblaščate (A) Sparkasse Pay 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 Sparkasse Pay 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 *.*