

SOGLASJE za SEPA direktno obremenitev



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije



Sprememba

Ukinitev

													0	0	0
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

S podpisom tega obrazca pooblašate Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva 24, Ljubljana, 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 Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva 24, Ljubljana. 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 *.

PODATKI PLAČNIKA

Ime in priimek plačnika*

Ulica in hišna številka*

Poštna številka in kraj*

Država*

Tel.št.

Št. računa - IBAN*

SWIFT BIC banke*

PODATKI PREJEMNIKA PLAČILA

Naziv prejemnika plačila

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

Id. oznaka prejemnika

SI56ZZZ41698070

Ulica in hišna številka

MIKLOŠIČEVA CESTA 24

Poštna številka in kraj

1000 LJUBLJANA

Država

SI

Vrsta plačila

Period. obremenitev

Enkratna obremenitev

PODATKI DOLŽNIKA

Podatki dolžnika: če izvajate plačilo v skladu s pogodbo med ZZZS, Miklošičeva 24, Ljubljana in drugo osebo (npr. kjer plačujete račune drugih oseb), tukaj prosimo vpišite podatke druge osebe. Če plačujete v svojem imenu, pustite prazno.

Ime in priimek dolžnika

Ulica in hišna številka

Poštna številka in kraj

Država

Kraj podpisa soglasja*

Datum*

Podpis dolžnika*

Podpis plačnika*