

PODPISANI/A

Priimek in ime _____

Naslov _____

Rojen/a _____

izjavljam, da želim postati pokrovitelj humanitarne organizacije in prostovoljno darujem za pomoč in podporo dejavnosti zavoda VID na področju pomoči otrokom na način direktne obremenitve mojega TRR kot sledi:

Enkratni znesek _____ EUR oz. _____ mesecev po 5 10 20 30 ali več _____ EUR
(Vpišite ustrezen znesek) Vpišite ali obkrožite ustrezen znesek in število mesecev

Podpis _____



V · I · D
Humanitarni zavod VID
Planina 3
4000 Kranj
tel: 04 20 13 930
e: dobrodelnost@zavod-vid.si

Soglasje za direktno obremenitev SEPA

referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

Vzpostavitev:

Sprememba:

Ukinitiv:

S podpisom tega soglasja pooblašate (A) Zavod VID, Kranj, 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 Zavod VID, Kranj. 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, označeno z *

Plaćnik donacije: Ime in priimek plačnika (naziv) * _____
Vaš naslov / ulica * _____
Poštna številka in kraj * _____ Država * _____
Številka vašega plačilnega računa (IBAN) *

S	I	5	6																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC) * _____
(za banke izven države plačnika)

Naziv prejemnika plačila:

VID, Humanitarni zavod, Kranj

Identifikacijska oznaka prejemnika plačila:

SI83ZZZ79740111

Ulica in hišna številka/sedež:

Planina 3

Poštna številka in kraj:

4000 Kranj

Država: Slovenija

BREMENITEV SE IZVRŠI 18. DAN V MESECU, oziroma prvi naslednji delovni dan

Vrsta plačila * Periodična obremenitev ali Enkratna obremenitev

Datum podpisa soglasja * _____ Kraj podpisa soglasja * _____

Podpis donatorja * _____

Prosimo, podpišite tukaj

S podpisom tega soglasja jamčim za resničnost in pravilnost zgoraj navedenih podatkov in se zavežem zagotoviti kritje na računu za znesek direktne bremenitve. V primeru neizvedenega plačila bo prejemnik plačila pošiljal zahteve za bremenitev računa na vnovčenje mojemu ponudniku plačilnih storitev večkrat, do plačila donacije.

Opomba: Vaše pravice v zvezi z zgornjim soglasjem so navedene v splošnih pogojih poslovanja, ki jih lahko dobite pri vašem ponudniku plačilnih storitev

Datum prejema,
podpis odgovornega delavca /žig _____

Izpolnjen obrazec pošljite na naslov: VID, Humanitarni zavod, Planina 3, 4000 Kranj
ali pa ga oddajte našemu pooblaščenemu poverjeniku