Prva zdravstvena asistenca, storitveno podjetje, d.o.o.
Savska cesta 3, 1000 Ljubljana
t: 0820 08240 e: asistenca@doktor24.si www.doktor24.si

Soglasje
za direktno obremenitev SEPA

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

Naziv prejemnika plačila: **Prva zdravstvena asistenca storitveno podjetje, d.o.o. , Savska cesta 3, 1000 Ljubljana, Slovenija**

ID oznaka prejemnika plačila: **ID ZA DDV SI27928390, SI10ZZZ27928390, SEPA direktne bremenitve**

Obvezno označite eno izmed možnosti: ☐ Otvoritev ☐ Sprememba ☐ Ukinitev

S podpisom tega obrazca pooblaščate (A) Prva zdravstvena asistenca storitveno podjetje, d.o.o. , Savska cesta 3, 1000 Ljubljana, 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 Prva zdravstvena asistenca storitveno podjetje, d.o.o., Savska cesta 3, 1000 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.

Plačilo s trajnikom je mogoče le pri mesečnem plačilu položnic in ni mogoče pri polletnem in letnem plačilu.

Uporabnik Doktor 24 Asistence

Prosimo izpolnite PRAZNA BELA POLJA.

Ime in priimek plačnika

E-pošta

Ulica in hišna številka

Poštna številka Kraj

☐ Želim, da mi pošljete izključno e-račun na gornji elektronski naslov.

Številka vašega plačilnega računa - IBAN (19 znakov) **SI56**

Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC) - najdete jo na hrbtni strani bančne kartice (8 znakov)

Vrsta plačila Period. obremenitev (18. v mesecu) **x**

Kraj podpisa soglasja Datum podpisa soglasja

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

Prosimo podpišite tukaj

Podrobnosti, ki se nanašajo na razmerje med prejemnikom plačila in plačnikom - samo v informacijo.

Oseba, v imenu katere se izvrši plačilo

Naziv dolžnika: če izvajate plačilo v skladu s pogodbo med Prva zdravstvena asistenca storitveno podjetje, d.o.o., Savska cesta 3, 1000 Ljubljana in drugo osebo (npr. kjer plačujete račune drugih oseb), tukaj prosimo vpišite ime in priimek druge osebe. Če plačujete v svojem imenu, pustite prazno.

Prosimo vrnite:
Prva zdravstvena asistenca storitveno podjetje, d.o.o., Savska cesta 3, 1000 Ljubljana