SOGLASJE za B2B direktno bremenitev SEPA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Referenčna oznaka soglasja - izpolni ZZS

[ ] Vzpostavitev [ ]  Sprememba [ ]  Ukinitev

S podpisom tega obrazca pooblaščate Zdravniško zbornico Slovenije, da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev v obremenitev vašega plačilnega računa in vašega ponudnika plačilnih storitev, da obremeni vaš plačilni račun v skladu z navodili, ki jih posreduje Zdravniška zbornica Slovenije. To velja samo za B2B transakcije. Na podlagi tega soglasja nimate pravice do povračila denarnih sredstev za že izvršene direktne bremenitve. Prosimo izpolnite polja, označena z \*.

| **Naziv(ime, priimek)\*:** | Vpiši ime  | Vpiši priimek |
| --- | --- | --- |
| **Davčna številka\*:** | Vpiši davčno številko |  |
| **Naslov pravne osebe\*:** | Vpišite ulico, hišno številkoVpiši kraj | Vpiši poštno številkoVpiši ime države |
| **Številka plačilnega računa – IBAN\*:** | SI56 0000 0000 0000 0000 |  |
| **Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC)\*:** | Vpiši identifikacijsko oznako banke |  |

Nazivi prejemnika plačila:

**Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana**

**SI71ZZZ57635773** – identifikacijska oznaka

Vrsta plačila\*:

[ ]  Periodna obremenitev [ ]  Enkratna obremenitev

Datum: 7.6.2019 Podpis:

**Originalno izpolnjeno in podpisano soglasje posredujete vaši banki, na Zdravniško zbornico Slovenije pa pošljite kopijo tega soglasja na naslov**: Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana.