



## ZAHTEVEK ZA UKINITEV SOGLASJA ZA DIREKTNO OBREMENITEV SEPA

Referenčna oznaka soglasja – izpolni bob: \_\_\_\_\_

ukinitev:

S podpisom tega obrazca pooblaščate A1 Slovenija, d. d., da posreduje vašemu ponudniku plačilnih storitev navodila za ukinitvev direktne obremenitve. 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.

### PODATKI PLAČNIKA (obvezno izpolniti vsa polja):

Ime in priimek plačnika(ov):	_____		
Ulica/kraj, hišna številka:	_____		
Poštna številka:	Pošta:	Država:	_____
Številka plačilnega računa — IBAN:	_____		
Identifikacijska oznaka banke (SWIFT BIC):	_____		
Naziv prejemnika plačila:	A1 Slovenija, d. d., SI11ZZZ60595256, Šmartinska 134b, 1000 Ljubljana, Slovenija		
Vrsta plačila:	Periodična obremenitev		
bob telefonska številka uporabnika:	_____		
Davčna številka:	_____		

### OPOMBA:

Do nadaljnjega je za bob naročnike možna le ukinitvev direktne obremenitve, in sicer je potrebno za vsako številko (v kolikor jih uporabljate več) izpolniti ločen zahtevek. Popolno izpolnjen in podpisan Zahtevek za ukinitvev soglasja za direktno obremenitev SEPA pošljite na naslov: bob, p.p. 415, 1001 Ljubljana. Za morebitna vprašanja glede direktne obremenitve pokličite bob klicni center na telefonsko številko 068 680 680 ali poiščite informacije na spletni strani [www.bob.si](http://www.bob.si) v zavihku »pomoč in vprašanja«.

Spodaj podpisani bob naročnik potrjujem in zagotavljam, da so vsi podatki, navedeni v Zahtevku za ukinitvev soglasja za direktno obremenitev SEPA, točni in popolni.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis naročnika: \_\_\_\_\_