



USTANOVA ZA NOVO  
PEDIATRIČNO KLINIKO V LJUBLJANI



Bohoričeva 20  
SI-1525 Ljubljana  
Tel.: 031 420 200  
E: ustanovapk@gmail.com

## POOBLASTILO ZA REDNI MESEČNI PRISPEVEK

*SOGLASJE za direktno obremenitev SEPA*

Referenčna oznaka soglasja .....\*

Ime in priimek: .....

Naslov: .....

Kraj in pošta: .....

Pooblašчам svojo banko, da iz mojega osebnega računa št: SI56 

\*SWIFT BIC koda: .....

vsakega 18. v mesecu nakaže USTANOVU ZA NOVO PEDIATRIČNO KLINIKO V LJUBLJANI  
(SI88ZZZ74916211) na poslovni račun SI56 0510 0801 0447 959 mesečni prispevek .....eurov.

Telefon: .....

E-mail: .....

Datum rojstva: ..... v ..... dne .....

Lastnoročni podpis: .....

*Prosimo, da pooblastilo izpolnite z velikimi tiskanimi črkami. HVALA.*

*S svojim podpisom pooblaščate Ustanovo za novo Pediatrično kliniko, da posreduje podatke vaši banki za obremenitev vašega računa v skladu s SEPA pravili. S splošnimi pogoji, ki veljajo za uveljavitev SEPA pravil se lahko seznanite pri banki, ki vodi vaš račun. Morebitne spremembe ali ukinitve trajnikov urejate neposredno z nami vsak delovni dan med 8.00 in 15.00 uro na telefonski številki 031 420 200 ali po e-pošti na naslov ustanovapk@gmail.com. Kadarkoli lahko na omenjenih kontaktih zahtevate tudi potrdilo o plačanih donacijah. S podpisom dovoljete, da Ustanova za novo Pediatrično kliniko vaše podatke hrani in obdeluje z namenom zbiranja sredstev za opremo Pediatrične klinike.*

\* Izpolni Ustanova za novo Pediatrično kliniko

HVALA ZA VAŠO PODPORO.

