

IZJAVA ZA PREJEMANJE E-RAČUNA

Spodaj podpisani/a _____,
IME IN PRIIMEK PLAČNIKA

stanujoč/a na _____,
NASLOV PLAČNIKA (ULICA, POŠTNA ŠTEVILKA IN KRAJ)

izjavljam, da želim prejemati e-račun za otroka _____,
IME IN PRIIMEK OTROKA

rojenega _____ v svojo spletno banko _____.
DATUM ROJSTVA OTROKA NAZIV VAŠE BANKE

Številka mojega transakcijskega računa je:

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

ŠTEVILKA VAŠEGA RAČUNA

Obvezujem se, da bom spremembo številke transakcijskega računa, banke in ostale informacije pomembne za izdajo računa sporočil/a

na telefonsko št. 02 234 81 70

ali na e-mail info@dddrava.si.

V _____, dne _____ Podpis plačnika _____