**Vloga za izdajo/spremembo/prekinitev eRačuna za članarino**

**Podatki o članu:**

(*Prosimo, izpolnite polja označena z\*)*

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek\*: | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Naslov (ulica in hišna številka)\*: | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Poštna št. in kraj\*: | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Davčna številka\*: | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Telefonska številka\*: | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Naročam:**

(označite eno izmed opcij)

izdajo eRačuna spremembo eRačuna prekinitev eRačuna

**Izberite želeni način prejemanja eRačunov:**

(izberite vsaj eno opcijo)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| v spletno banko: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(Vpišite številko transakcijskega računa spletne banke)

|  |  |
| --- | --- |
| na e-naslov: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(Vpišite elektronski naslov, na katerega želite prejemati eRačune.)

S podpisom te vloge soglašam, da mi izdajatelj eRačun posreduje račun v elektronski obliki na moj elektronski naslov oz. v spletno banko.

S podpisom potrjujem, da mi izdajatelj eRačun posreduje račun za moje obveznosti, ki nastanejo iz naslova **članarine**, samo v elektronski obliki na elektronski naslov oz. v spletno banko, kot navedeno v tej vlogi. S podpisom te vloge jamčim za resničnost in pravilnost zgoraj navedenih podatkov, ter se zavezujem, da bom izdajatelja eRačuna obveščal o vseh spremembah podatkov, navedenih na vlogi.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kraj in datum Podpis**

Izpolnjeno in podpisano soglasje, prosimo, vrnite na naslov: **Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana** ali na elektronski naslov: **clanarina@zzs-mcs.si**.