

## SOGLASJE ZA ZDRUŽITEV ODJEMNIH MEST

### Podatki o plačniku

1. Ime in priimek \_\_\_\_\_
2. Naslov prebivališča \_\_\_\_\_
3. Pošta \_\_\_\_\_
4. Šifra plačnika \_\_\_\_\_
5. Želim združiti odjemna mesta:
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  - d. \_\_\_\_\_
  - e. \_\_\_\_\_

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

Podpis: \_\_\_\_\_