

Autorizim për Debitim Direkt - Emri i Bankës:**Obliguesi:**

Emri dhe Mbiemri: _____

Adresa: _____

Vendi dhe Kodi Postal: _____

Numri Personal: _____

Numri i Llogarisë:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autorizoj:

Bankën që, nga llogaria ime pranë saj, të ekzekutoj pagesën e kërkesave të prezantuara nga **Përfituesi, Eurosig sh.a.** në lidhje me **Kontratën mbi Sigurimin e Shëndetit Familjar** dhe me **Numër police:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Banka obligohet që në afat prej **pesë (5) ditësh** pas pranimit të kërkesës të ekzekutoj pagesën. Pronari i llogarisë është i obliguar që në llogarinë e vet të ketë mjete të mjaftueshme për mbulimin e pagesës.

Përfituesi:Emri: **Eurosig sh.a.**

Adresa: Sylejman Vokshi Nr.4

Vendi dhe Kodi Postal: 10000 Prishtinë, Kosovë

Numri i Llogarisë:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autorizohet që sipas kushteve të përcaktuara me **Kontratën mbi Sigurimin e Shëndetit Familjar**, e deri në njoftimin e ardhshëm, kërkesat për pagesë ti dorëzoj në obligim të llogarisë sime bankare të shënuar në këtë autorizim.

Të kompletohet në rastet kur pronari i llogarisë nuk është obliguesi:

Emri dhe Mbiemri i Pronarit të Llogarisë _____

Adresa: _____

Vendi dhe Kodi Postal: _____

Numri Personal: _____

Numri i Llogarisë:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vendi dhe data:**Nënshkrimi i pronarit të llogarisë:****Nënshkrimi i Obliguesit:**

.....

.....

.....

Vendi dhe data:**Nënshkrimi i personit të autorizuar në bankë:**

.....

.....

Të kompletohet nga Eurosig sh.a. (nënshkrimi i personit përgjegjës për identifikim)

Unë i nënshkruari _____

(emri dhe mbiemri i personit që bëri identifikimin)

vërtetoj se kam identifikuar

pronarin e llogarisë dhe se të dhënat personale të shënuara sipër janë identike me ato në dokumentet valide, personale të paraqitur

(lloji dhe numri i dokumentit)

(nënshkrimi i personit përgjegjës për identifikim)