

1. sz. melléklet az Enying Mikrokörzeti Szociális és Gyermekjóléti Intézményi
Társulási megállapodáshoz

Felhatalmazó neve: Önkormányzat
Adószáma:

FELHATALMAZÓ LEVÉL

Tisztelt

.....
(számlavezető neve és címe)

Megbízom/megbízuk Önöket az alább megjelölt fizetési számlánk terhére az alább megnevezett Kedvezményezett által benyújtandó beszédési megbízás(ok) teljesítésére a következőkben foglalt feltételekkel:

Fizető fél számlatulajdonos megnevezése:	
Felhatalmazással érintett fizetési számlájának pénzforgalmi jelzőszáma:	
Kedvezményezett neve:	Enying Mikrokörzeti Szociális és Gyermekjóléti Intézményi Társulás
Kedvezményezett fizetési számlájának pénzforgalmi jelzőszáma:	

A felhatalmazás időtartama: 2013.-tól/től visszavonásig.

A beszédési megbízáshoz okiratot nem kell csatolni.

További feltételek: a) fedezethiány esetén a sorba állítás időtartama legfeljebb 35 nap
 b) felhatalmazás csak a Kedvezményezett írásbeli hozzájárulásával vonható vissza

Kelt,, év hó nap

.....
Fizető fél (számlatulajdonos)

A fentieket, mint a Fizető fél számlatulajdonos számlavezető hitelintézete, nyilvántartásba vettük.

Kelt,, év, hó nap

.....
Számlavezető hitelintézet