

UPN QR - potrdilo

Ime plačnika
PRIIMEK in IME

Namen in rok plačila
STROK. IZPIT, PRIIMEK in IME

Znesek
EUR

IBAN in referenca prejemnika
SI56 0110 0603 0277 312

Ime prejemnika
**ORTOPED. BOLNIŠNICA VALDOLTRA
JADRANSKA C.31, 6280 ANKARAN**

Koda QR

IBAN plačnika

Referenca plačnika

Ime, ulica in kraj plačnika
PRIIMEK in IME, NASLOV

Znesek
EUR

Datum plačila

Nujno

Koda namena: **COST** Namen plačila: **STROKOVNI IZPIT PRIIMEK in IME** Rok plačila:

IBAN prejemnika: **SI56 0110 0603 0277 312** UPN QR

Referenca prejemnika: **SI 99 291 000**

Ime, ulica in kraj prejemnika
**ORTOPEDSKA BOLNIŠNICA VALDOLTRA
JADRANSKA CESTA 31, 6280 ANKARAN**

Podpis plačnika (neobvezno žigi)