

PODATKI O DAVČNEM ZAVEZANCU:

(ime in priimek)

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

(davčna številka)

(podatki o bivališču: naselje, ulica, hišna številka)

--	--	--	--	--

(poštna številka, ime pošte)

(elektronski naslov)

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

(telefonska številka)

**ZAHTEVA
za namenitev dela dohodnine za donacije**

upravičencu:

Ime oziroma naziv upravičenca	Davčna številka upravičenca									Odstotek (%)
SONČEK – DRUŠTVO ZA CEREBRALNO PARALIZO PTUJ - ORMOŽ	2	9	6	0	6	7	5	6		1%

V/Na _____, dne _____

podpis zavezanca/ke