



## PODATKI O DAVČNEM ZAVEZANCU:

\_\_\_\_\_ (ime in priimek davčnega zavezanca)

\_\_\_\_\_ (podatki o bivališču, naselje, ulica, hišna številka)

\_\_\_\_\_ (poštna številka, ime pošte)

DAVČNA ŠTEVILKA

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

\_\_\_\_\_ (pristojni davčni urad, izpostava)

## ZAHTEVA

### za namenitev dela dohodnine za donacije

IME OZIROMA NAZIV UPRAVIČENCA	davčna številka upravičenca								odstotek (%)
DRUŠTVO ŠOLA ZDRAVJA	9	4	5	0	6	0	1	9	1,0

V /Na \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

(podpis zavezanca/ke)

Obrazec lahko pošljete na sedež društva ali na Davčni urad Ljubljana: Davčna ulica 1, 1000 Ljubljana.

Društvo Šola zdravja, Društvo Šola zdravja, Partizanski trg 5, 8330 Metlika;

e-mail: [info@solazdravja.si](mailto:info@solazdravja.si), tel.: 059 932 066, <http://solazdravja.com/>

Davčna št.: 94506019, Matična št.: 4014715, TRR DELAVSKA HRANILNICA SI56 6100 0002 4587 810