



**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 oz. NAZIV UPRAVIČENCA	davčna številka upravičenca								odstotek (%)
<b>DRUŠTVO ŠOLA ZDRAVJA</b>	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.