IZJAVA osebe, ki bo (do)plačevala storitev:

(DO)PLAČNIK (ime in priimek):

Rojen(a) dne , s stalnim prebivališčem v (kraj)

 , (ulica) , (pošta)

 ,zaposlen(a) .

1. Nepreklicno se zavezujem, da bom (do)plačeval(a) stroške oskrbe v višini

 .

1. zavezujem se, da bom v primeru prenehanja izvajanja storitve pred datumom prenehanja poravnal(a) vse morebitne neporavnane obveznosti.
2. zavezujem se, da bom izvajalcu sporočil(a) vsako spremembo mojih osebnih podatkov.

V , dne .

Podpis: