

## **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 zavežujem, da bom (do)plačeval(a) stroške oskrbe v višini

\_\_\_\_\_.

2. zavežujem se, da bom v primeru prenehanja izvajanja storitve pred datumom prenehanja poravnal(a) vse morebitne neporavnane obveznosti.

3. zavežujem se, da bom izvajalcu sporočil(a) vsako spremembo mojih osebnih podatkov.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_.

Podpis: \_\_\_\_\_