

## IZJAVA osebe, ki bo (do)plačevala storitev

(DO)PLAČNIK/CA: (ime in priimek) \_\_\_\_\_,

Rojen/a dne \_\_\_\_\_, s stalnim prebivališčem v \_\_\_\_\_

ulica \_\_\_\_\_, pošta \_\_\_\_\_,

zaposlen/a \_\_\_\_\_

se nepreklicno zavežujem:

1. da bom za uporabnika/co storitev: \_\_\_\_\_, roj. \_\_\_\_\_, sorodstveno razmerje \_\_\_\_\_, (do)plačeval stroške oskrbe v višini \_\_\_\_\_ v skladu z veljavnim cenikom.
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: \_\_\_\_\_