

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: _____