



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

### (DO)PLAČNIK/CA

Ime in priimek \_\_\_\_\_,

rojen/a dne \_\_\_\_\_,

s stalnim prebivališčem v (ulica, poštna številka in pošta)

\_\_\_\_\_,

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

### se nepreklicno zavezujem:

1. da bom za uporabnika/co storitev \_\_\_\_\_,  
rojen/o \_\_\_\_\_, sorodstveno razmerje \_\_\_\_\_,  
(do)plačeval/a stroške oskrbe v višini \_\_\_\_\_ v skladu z  
veljavnim cenikom.
2. da bom v primeru prenehanja izvajanja storitve pred datumom prenehanja poravnal/a  
vse morebitne neporavnane obveznosti.
3. da bom izvajalcu sporočil/a vsako spremembo mojih osebnih podatkov.

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

Podpis \_\_\_\_\_