

IZJAVA osebe, ki bo (do)plačeval(a) storitev:

(DO)PLAČNIK : (Ime in priimek) \_\_\_\_\_,

Rojen(a), dne \_\_\_\_\_ s stalnim prebivališčem: ulica \_\_\_\_\_

kraj \_\_\_\_\_, pošta \_\_\_\_\_ zaposlen \_\_\_\_\_

EMŠO \_\_\_\_\_ Davčna številka \_\_\_\_\_

1. Nepreklicno se zavezujem, da bom (do)plačeval stroške oskrbe v višini \_\_\_\_\_.
2. Zavezujem se, da bom v primeru prenehanja izvajanja storitve pred datumom prenehanja poravnal vse morebitne neporavnane obveznosti.
3. Zavezujem se, da bom izvajalcu sporočil vsako spremembo mojih osebnih podatkov.

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

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