



DOM STAREJŠIH OBČANOV  
POLDE EBERL JAMSKI  
IZLAKE

## IZJAVA OSEBE, KI BO DOPLAČEVALA STORITEV

(DO)PLAČNIK (*ime in priimek*) \_\_\_\_\_  
rojen(a) dne \_\_\_\_\_, s stalnim prebivališčem: ulica \_\_\_\_\_  
kraj \_\_\_\_\_, pošta \_\_\_\_\_, zaposlen \_\_\_\_\_

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

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

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