

IZJAVA OSEBE, KI BO DOPLAČEVALA STORITEV

(DO)PLAČNIK (*ime in priimek*) _____

rojen(a) dne _____, s stalnim prebivališčem: ulica _____

kraj _____, pošta _____, zaposlen _____

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

V _____, dne _____

Podpis: _____