

IZJAVA osebe, ki bo (do)plačevala 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 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: _____

