

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

(DO)PLAČNIK/-CA: (ime in priimek) \_\_\_\_\_,

rojen/-a dne \_\_\_\_\_, davčna št.: \_\_\_\_\_

s stalnim prebivališčem: ulica \_\_\_\_\_,

kraj in pošta \_\_\_\_\_,

zaposlen /-a \_\_\_\_\_

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 Tržiču, dne \_\_\_\_\_

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