

**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 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: \_\_\_\_\_