

IZJAVA OSEBE, KI BO (DO)PLAČEVALA STORITEV ZA

G./GA. _____

(DO)PLAČNIK (ime in priimek) _____,

roj. _____, sorodstveno razmerje _____,

pooblaščenec ali zakoniti zastopnik (ustrezno obkrožite), bivajoč _____

_____, kraj, _____, pošta

_____, zaposlen (ime organizacije in naslov) _____

_____.

1. Nepreklicno se zavezujem, da bom (do)plačeval stroške oskrbe v višini
_____EUR.
_____%

V CELOTI

(obkroži)

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: _____