



IZJAVA o doplačevanju stroškov storitve pomoči na domu

Podpisani/a _____

EMŠO: _____, Davčna številka: _____

s stalnim prebivališčem _____

zaposlen pri: _____

IZJAVLJAM

da bom (do)plačeval(a) stroške storitve pomoči na domu izvajalcu storitev Dom za starejše občane Ajdovščina za:

_____ (ime in priimek) _____ (datum rojstva)

_____ (stalno bivališče)

in sicer:

a) celotne stroške storitve pomoči na domu od dneva začetka izvajanja storitve, ali

b) doplačeval(a) k polni ceni stroškov storitve pomoči na domu,

v zakonitem roku na osnovi izstavljenega računa, sicer mi bodo zaračunane zakonite zamudne obresti.

Zavezujem se, da bom v primeru prenehanja izvajanja storitve pred datumom prenehanja poravnal vse morebitne neporavnane obveznosti.

Zavezujem se, da bom izvajalcu sporočil vsako spremembo mojih osebnih podatkov.

To izjavo podajam in podpisujem prostovoljno in se zavedam svojih obveznosti in morebitnih posledic.

Izjavo podal(a)

V _____ dne _____

_____ (podpis)