



Dom starejših občanov Ajdovščina
Ulica Milana Klemenčiča 1
5270 Ajdovščina

IZJAVA o plačevanju oskrbnih stroškov

Podpisani/a _____

EMŠO: _____, Davčna številka: _____

s stalnim prebivališčem _____

zaposlen pri: _____

(naziv in naslov delodajalca)

IZJAVLJAM

da bom (do)plačeval(a) stroške oskrbe v Domu za starejše občane Ajdovščina za:

_____ (ime in priimek) _____ (datum rojstva)

_____ (stalno bivališče)

in sicer:

a) celotne stroške oskrbe od dneva vselitve v dom, **ali**

b) doplačeval(a) k polni ceni oskrbnih stroškov,

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)