

**DOM UPOKOJENCEV POSTOJNA**  
**Rožna ulica 10**  
**6230 Postojna**

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

(DO)PLAČNIK (ime in priimek) \_\_\_\_\_

št. osebne izkaznice \_\_\_\_\_, izdane \_\_\_\_\_, kraj \_\_\_\_\_

S stalnim bivališčem \_\_\_\_\_

Zaposlen/a \_\_\_\_\_  
naslov ustanove ali številka pokojninske zadeve

**Izjavljam, da:**

**1)** bom v celoti sam/a plačeval/a stroške domske oskrbe;

**2)** bom za \_\_\_\_\_  
(priimek in ime) \_\_\_\_\_ (sorodstveno razmerje)

kril/a razliko med pokojnino in ceno domske oskrbe oz. plačeval/a celotne stroške domske oskrbe od sprejema dalje.

**Prosimo vas, da obkrožite številko načina plačila, ki ustreza vaši situaciji.**

Obvezujem se, da bom svoje obveznosti poravnal/a do datuma navedenega na fakturi za pretekli mesec. Seznanjen/a sem, da je Dom na nepravočasno plačilo računa upravičen zaračunati dolžniku zakonite zamudne obresti.

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

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

V/Na \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_