

IZJAVA

o plačilu oziroma doplačilu stroškov oskrbe v Domu upokojencev Postojna

Podpisani _____

EMŠO: _____ davčna številka: _____

s stalnim prebivališčem: _____

zaposlen: _____

IZJAVLJAM

da bom plačeval/a oziroma doplačeval/a stroške oskrbe:

1. ZA SEBE V CELOTI

2. ZA SVOJO/EGA _____
(sorodstveno razmerje) (ime in priimek) (naslov stalnega prebivališča)

in sicer (ustrezno obkroži):

- a) celotne stroške oskrbe,
- b) doplačeval/a k polni ceni oskrbnih stroškov.

Izjavljam, da sem seznanjen/a in soglašam s ceno oskrbe da dan sprejema v Dom in bom plačeval/a vsakokratno spremembo cene oskrbe.

Zavezujem se, da bom poravnal zaračunano storitev na podlagi prejetega računa za opravljene storitve v preteklem mesecu do datuma navedenega na fakturi. Seznanjen/a sem, da mi je dom v primeru zamude plačila oskrbnih stroškov upravičen zaračunati zamudne obresti v zakonsko določeni višini, v primeru neplačevanja mojih obveznosti pa le te izterjati na način določen z zakonom.

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

Zavezujem se, da bom Domu sporočil/a vsako spremembo mojih osebnih podatkov.

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

V _____, dne _____

Podpis:
