

## IZJAVA

### o (do)plačevanju oskrbnih stroškov

Podpisani/a \_\_\_\_\_

EMŠO: \_\_\_\_\_, Davčna številka: \_\_\_\_\_

s stalnim prebivališčem \_\_\_\_\_

zaposlen pri: \_\_\_\_\_

## IZJAVLJAM

da bom (do)plačeval(a) stroške oskrbe v domu za starejše / posebnem socialno varstvenem zavodu za:

\_\_\_\_\_

ime in priimek

\_\_\_\_\_

datum rojstva

\_\_\_\_\_

stalno bivališče

in sicer:

a) celotne stroške oskrbe od dneva vselitve v dom,

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

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

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

Datum: \_\_\_\_\_

Izjavo podal(a) \_\_\_\_\_

(podpis)