***IZJAVA***

**OSEBE, KI BO (DO)PLAČEVALA STORITEV**

Podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rojen / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

s stalnim prebivališčem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

št. osebne izkaznice\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ izdane v \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

davčna št. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I Z J A V L J A M,**

da bom (do)plačeval/a stroške oskrbe za uporabnika/co storitev institucionalnega varstva:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ime in priimek datum rojstva stalno bivališče

in sicer bom (ustrezno označite):

* doplačeval/a k polni ceni oskrbnih stroškov
* plačeval/a celotne stroške domske oskrbe

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_