



IZJAVA
O PLAČILU OZ. DOPLAČILU OSKRBNIH STROŠKOV ZA
INSTITUCIONALNO VARSTVO

Podpisan-i/-a _____, roj. _____,
s stalnim bivališčem _____,
pošta: _____, davčna številka: _____,
EMŠO: _____,
zaposlen(a) v/pri _____

**IZJAVLJAM IN SE ZAVEZUJEM
da bom plačeval(a) oskrbne stroške v Zavodu sv. Terezije**

za osebo _____, rojen(a) _____,
s stalnim bivališčem _____,
pošta _____, občina _____

v zakonitem roku na osnovi izstavljenega računa ali položnice in sicer (obkroži):

- a) celotne stroške oskrbe od dneva vselitve v Zavod
- b) doplačeval(a) razliko med njegovimi/njenimi prejemki in stroški domske oskrbe
- c) doplačeval(a) k polni ceni oskrbnih stroškov v svojem deležu, ki znaša

Seznanjen(a) sem s ceno oskrbe. Soglašam, da bom plačeval(a) vsako spremembo storitve in vsako povišanje cene oskrbnega dne, v skladu s Pravilnikom o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev. Prav tako se zavezujem, da bom izvajalcu storitve sporočil(a) vsako spremembo mojih osebnih podatkov v 15. dneh po dnevu, ko je sprememba nastala.

Kraj in datum: _____ Podpis: _____