

## IZJAVA

o doplačevanju oskrbnih stroškov

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

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

s stalnim prebivališčem \_\_\_\_\_

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

## IZJAVLJAM

da bom (do)plačeval(a) stroške oskrbe v Zavodu usmiljenk – Dom sv. Katarine 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.

Izjavo podal(a)

\_\_\_\_\_  
(podpis)